Maquerel,

Diagnostic différentiel des ulcères de la face,

deurs d'eau, et ne sont plus qu'à l'état de fond de navires ; enfin, cinq se trouvent envasées, en plein goulet, par des profondeurs de 15 à 20 mètres. Ces cinq dernières épaves sont enterrées de 5 à 6 mètres. D'autres épaves, ainsi que des valeurs, doivent se trouver très-probablement dans la baie de San-Simon, mais leur recherche nécessitera l'emploi d'un instrument que j'ai imaginé et qui est tout spécial à cet usage.

Voilà, Messieurs, la situation générale des épaves : il me reste à vous donner l'état particulier de chacune d'elles, en leur laissant le nom que leur donnent les habitants de la baie.

A l'Est de la baie est située l'île de San-Simon, occupée par le lazaret. A l'extrémité sud de l'île est établi un mât de signaux ; c'est ce mât qui a servi de point de repère pour nos opérations. La position géographique de ce point est la suivante :

Longitude, 11° 01′ 10″ ouest de Paris ;

Latitude, 42° 17′ 35″ nord.

La déclinaison de la boussole était, en mars 1870, lorsque j'ai fait dresser les deux cartes annexées à ce rapport, de 23° N.-O.

Épave n° 1. — Le San-Pedro.

Cette épave est un fond de grand bâtiment cassé et entièrement ensablé. — Elle mesure 35 mètres de longueur, sa largeur est d'environ 7m,50. Le *San-Pedro* est sombré S.-E. et N.-O., et se trouve situé à l'E.-S.-E. du lazaret, à 110 mètres du rivage. L'orientation magnétique de la ligne menée de l'épave au mât de signaux du lazaret est de 40° 48′ N.-O. Cette épave se trouve sur la ligne menée de l'église San-Pedro au mât de signaux du lazaret, et forme avec ladite église et la Regasenda un angle de 111° 37′.

Dans la grande marée d'équinoxe du 10 mars 1870, et à mer haute, il y avait 4m,60 d'eau au-dessus de l'épave. — Ce fond de navire n'a aucune inclinaison, — son degré d'ensablement est d'environ 1m,80. — Il détermine un haut fond de 0m,25. La tranchée transversale de reconnaissance a donné une hauteur de 0m,80 du vaigrage au niveau du sable, mais n'a pas été assez complète pour reconnaître le cap, c'est-à-dire l'avant et l'arrière du navire.

J'estime que le *San-Pedro* était un galion qui a dû accoster assez près de la plage pour y débarquer ses valeurs.

Je signale ici qu'à une assez grande distance, et se prolongeant dans le N.-O., on trouve, enfouies à 0m,40, 0m,60 et 1 mètre au-dessous des sables, des pièces de bois, probablement des débris ayant appartenu à l'épave.

Épave n° 2. — Le Teillero.

Ce fond de navire mesure 35 mètres de longueur, sa largeur est de 7 mètres à 7m,25. Le *Teillero* est sombré est et ouest ; il a son cap à l'est et est situé au S.-E.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° 186

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 29 *mai* 1872,

PAR A.-F. MAQUEREL,

Né à Marigny (Manche),

ANCIEN ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DE CAEN, LAURÉAT (PRIX DE FIN D'ANNÉE, 1865),
EX-PROSECTEUR DE LA MÊME ÉCOLE, LAURÉAT (MÉDAILLE D'OR), CONCOURS LE SAUVAGE, 1866,
EX-EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS (MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE).

DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL
DES ULCÈRES DE LA FACE

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1872

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS.

Doyen. M. WURTZ.

Professeurs. MM.

Anatomie. . . . . SAPPEY.
Physiologie. BÉCLARD.
Physique médicale. . . . . GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale. . . . . . WURTZ.
Histoire naturelle medicale. . . . . BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales. . . . . . CHAUFFARD.
Pathologie médicale. . . . . AXENFELD. HARDY.
Pathologie chirurgicale. . . . . DOLBEAU. VERNEUIL
Anatomie pathologique. . . . . VULPIAN.
Histologie. . . . . ROBIN.
Opérations et appareils. . . . . DENONVILLIERS
Pharmacologie. . . . . REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale. . . . . . . GUBLER.
Hygiène. . . . . BOUCHARDAT.
Médecine légale. . . . . TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés . . . . PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . . DAREMBERG.
Pathologie comparée et expérimentale . . . . . . BROWN-SÉQUARD. Chargé de cours.
Clinique médicale. . . . . BOUILLAUD. G. SÉE. LASEGUE. BÉHIER.
Clinique chirurgicale . . . . *N.*.... GOSSELIN. BROCA. RICHET.
Clinique d'accouchements. . . . . DEPAUL.

Professeurs honoraires :

MM. ANDRAL, le Baron J. CLOQUET, CRUVEILHIER, DUMAS et NÉLATON.

Agrégés en exercice.

MM. BAILLY. BALL. BLACHEZ. BOCQUILLON. BOUCHARD. BROUARDEL. CHALVET.
MM. CRUVEILHIER. DUBRUEIL. DUPLAY. GARIEL. GAUTIER. GRIMAUX.
MM. GUENIOT. GUYON. ISAMBERT. LANNELONGUE. LÉCORCHÉ. LEDENTU.
MM. OLLIVIER. PAUL. PÉRIER. PETER. POLAILLON. PROUST. TILLAUX.

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau. . . . . MM. *N.* . .
— des maladies des enfants. . . . . ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses. . . . . *N.* . . . .
— d'ophthalmologie. . . . . TRELAT.
Chef des travaux anatomiques . . . . Marc SEE.

Examinateurs de la thèse.

MM. VERNEUIL, *Président;* DAREMBERG, CRUVEILHIER, BLACHEZ.

M. LE FILLEUL, *Secrétaire.*

Par délibération du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêtée que les opinions émises dans les dissertation qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAITRE

A MES AMI

DU

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

DES

ULCÈRES DE LA FACE

Qui bene judicat, bene curat; integritas judicii fons et caput est bene medendi.

(BAGLIVI).

INTRODUCTION

La face fournit à la pathologie un large tribut, et si l'on a pu dire, avec assez de vérité, qu'elle est le « miroir de l'âme », il faut reconnaître qu'elle représente non moins exactement l'état morbide que l'état physiologique. Il est, en effet, peu de maladies qui n'impriment sur elle leur cachet. Souvent ce ne sont, il est vrai, que des phénomènes sympathiques dont l'étude fournit au praticien des signes d'une valeur plus ou moins considérable ; mais souvent aussi il y a altération d'organes, lésion matérielle, lésion qui peut constituer à elle seule toute la maladie ou bien n'être que symptomatique d'un état général, constitutionnel ou diathésique. C'est à ces cas qu'il faut rapporter les affections dont nous allons nous occuper.

Les ulcères que l'on rencontre sur le visage ont été signalés de tous temps par les auteurs ; mais, comme souvent ils ne sont que des lésions symptomatiques de plusieurs maladies, on les a toujours étudiés avec ces dernières, sans jamais songer à les réunir dans un

même cadre. C'est ce qui nous a porté à les rassembler dans ce travail, digne assurément de plus longues méditations et de plus amples développements. Nous avons cherché, dans ce parallèle comparatif, à résumer succinctement et aussi complétement que possible les signes diagnostiques de chaque espèce d'ulcère, de manière à en faire reconnaître la nature et à en diriger la médication. Nous n'avons pas besoin d'insister sur l'importance de ce point ; une simple remarque suffira pour la démontrer. En effet, n'a-t-on pas vu, malheureusement, avant que l'attention des praticiens fût attirée sur ce point, confondre des chancres céphaliques avec des cancroïdes, et enlever par l'instrument tranchant un ulcère qui aurait guéri rapidement si l'on avait su temporiser et employer une médication spécifique? Il est vrai pourtant qu'il n'est pas toujours possible d'arriver à un diagnostic d'une précision mathémathique, et l'on voit quelquefois les observateurs les plus habiles, les praticiens les plus expérimentés hésiter ou être partagés d'avis en présence de certains cas dans lesquels le traitement spécifique même ne fournit aucun élément de certitude.

HISTORIQUE.

Les ulcères de la face ont été certainement observés dès la plus haute antiquité, et, depuis le livre d'Hippocrate sur les ulcères, il a été publié un très-grand nombre de travaux sur ces affections. Il n'entre pas dans notre sujet de faire l'histoire des diverses maladies diathésiques ou autres dans lesquelles on rencontre des ulcères au visage. Cet aperçu, quelque intéressant qu'il pût être, resterait toujours nécessairement incomplet et, du reste, ne servirait en rien à éclairer le diagnostic. Nous sommes en présence d'un ulcère tout formé, et, pour en reconnaître la nature, la seule histoire qu'il nous importe de savoir reste limitée à celle de l'affection elle-même sur le sujet qui en est porteur, ou tout au plus, à celle des antécédents de famille ou d'origine du malade.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES.

Avant d'entreprendre la description comparative des ulcères de la face, il pourrait sembler opportun de faire précéder cette étude de quelques considérations sur l'anatomie de la région qui présente les manifestations morbides dont nous voulons déterminer la nature. Nous ne nous appesantirons pas cependant sur ce point.

La délimitation de la face peut se faire : de haut en bas, des bosses frontales à la symphyse du menton, et, transversalement, d'une oreille à l'autre. Sa division en étages supérieur et inférieur n'a pour nous aucune importance.

Quant aux particularités de structure et de disposition de la peau et des tissus sous-jacents, il en existe de très-grandes et dont la valeur pathologique est plus ou moins considérable. La densité et l'épaisseur de la peau des lèvres et du nez, comparée à la ténuité et à la délicatesse de celle des paupières, le nombre et le volume des glandes sébacées de l'organe de l'olfaction ; la présence d'une quantité considérable de graisse dans le tissu cellulaire sous-cutané des joues, tandis qu'aux lèvres les muscles s'insèrent au derme, et qu'aux paupières c'est à peine si l'on trouve quelques vésicules adipeuses éparses ; l'existence, à la face, de muscles peauciers dont la contraction donne à la physionomie ces caractères si variables qui traduisent ce qui se passe dans l'encéphale ; la richesse de vascularisation, voilà autant de caractères dont l'étude approfondie peut fournir à la physiologie pathologique des données importantes. Nous n'entreprendrons pas de les étudier en détail, nous nous bornerons à en interpréter la valeur, quand elle existera, dans les manifestations morbides qui nous occupent.

Mais il existe, au point de vue anatomique, une sorte d'organes dont la connaissance nous intéresse ici au plus haut degré ; nous voulons parler des vaisseaux lymphatiques, et cela non pas à cause

des vaisseaux eux-mêmes, mais par suite de la valeur diagnostique que présente l'engorgement des ganglions auxquels ils se rendent. Chaque département a, pour ainsi dire, son chef-lieu de centralisation qu'il faut connaître pour y rechercher la présence ou l'absence de retentissement, son apparition précoce ou tardive, sa nature indolente ou inflammatoire.

Les vaisseaux lymphatiques naissent à la surface du derme, dans les papilles où ils forment un réseau à fines mailles, extrêmement superficiel, et à la surface interne des glandes sébacées. On ne connaît pas ces vaisseaux dans les glandes sudoripares. A leur origine, les lymphatiques ne présentent aucune ouverture ; ils forment un réseau fermé d'où naissent les troncs lymphatiques. Ces troncs se rendent, pour la face, aux ganglions parotidiens et aux ganglions sous-maxillaires. Les ganglions parotidiens sont situés dans l'épaisseur de la glande parotide ou à sa surface externe. Les ganglions sous-maxillaires occupent la face interne du corps du maxillaire inférieur ; plusieurs sont situés à la face externe de la glande sous-maxillaire ; ils sont divisés en postérieurs et en antérieurs. Il en existe aussi deux sur la ligne médiane, à égale distance de l'os hyoïde et de la symphyse du menton.

Les lymphatiques du front se portent en bas et en dehors et se rendent aux ganglions parotidiens.

Les lymphatiques des paupières vont se jeter dans les troncs qui suivent le trajet de la veine faciale et aboutissent, les uns, aux ganglions sous-maxillaires, les autres, aux ganglions parotidiens.

Les lymphatiques du nez, très-nombreux, suivent le trajet de l'artère faciale et vont aux ganglions sous-maxillaires.

Sur le bord libre des lèvres, les lymphatiques forment un réseau très-délié, ce qui explique la richesse de suffusion plastique sur cette région. Ceux de la lèvre supérieure, dirigés en dehors et en bas et anastomosés aux lymphatiques de l'aile du nez, suivent le trajet de l'artère faciale pour se jeter dans les ganglions sous maxillaires pos-

térieurs. Pour la lèvre inférieure, la disposition est un peu plus complexe ; les lymphatiques latéraux se rendent aux ganglions sous-maxillaires antérieurs ; les médians aux deux petits ganglions situés sur la partie moyenne du mylo-hyoïdien.

Les lymphatiques des joues se rendent en partie aux ganglions parotidiens, en partie aux ganglions sous-maxillaires.

C'est donc sur ces deux régions, parotidienne et sous-maxillaire, que devront porter nos investigations, et nous aurons plus d'une fois, dans le cours de cette étude, l'occasion de mettre en pratique ces données anatomiques. Disons tout d'abord ce que nous entendons par ulcère de la face, sur quelles indications générales nous établirons notre diagnostic, et, après avoir classé d'une façon aussi méthodique que possible les différents ulcères que l'on rencontre sur le visage, quelle marche nous suivrons dans leur étude comparative.

DÉFINITION.

L'ulcère de la face n'a pas de définition spéciale; c'est, comme tout ulcère, une solution de continuité avec perte de substance, accompagnée d'un écoulement de pus, et dont le caractère fondamental est de naître et de se développer par une destruction et une élimination successive des tissus.

On appelle quelquefois ulcérations les ulcères superficiels, et il nous arrivera de nous servir de ce terme, mais le mot ulcération signifie proprement l'action vitale ou le travail morbide qui a pour effet la solution de continuité d'un tissu avec perte de substance, la production d'un ulcère.

Cette physionomie, propre à l'ulcération, devrait faire rejeter de notre sujet certaines affections, les fistules par exemple. Sans les considérer comme ulcères, nous avons cru cependant devoir les en rapprocher ici; car, si elles sont en général faciles à reconnaître, elles peuvent parfois simuler des ulcères d'une tout autre origine et

arrêter un instant le praticien. Et l'on ne saurait être trop prévenu quand il s'agit de porter un diagnostic duquel dépendent un prónostic d'une gravité si variable et une médication si différente.

DIAGNOSTIC. — INDICATIONS GÉNÉRALES.

Pour arriver à la solution du problème de la détermination de la nature d'un ulcère siégeant sur le visage, c'est-à-dire son origine, la maladie d'où il procède, dont il fait partie ou qu'il constitue, il faut avoir recours à plusieurs sources d'indications.

En première ligne nous plaçons les *signes objectifs*, tirés de la forme de l'ulcère, de son siége, de l'état de ses bords, de son fond, du pus qu'il sécrète, de l'état des parties voisines et des ganglions lymphatiques qui lui correspondent.

Ces caractères peuvent être quelquefois insuffisants, mais les données qu'ils fournissent prendront une grande valeur quand on y aura joint les notions tirées des affections coexistantes ou préexistantes du système cutané ou autre.

Les *antécédents* ont une très-grande importance dans les maladies constitutionnelles, qui sont essentiellement héréditaires. Il ne faut pas cependant leur attribuer une valeur absolue, car deux diathèses ne s'excluent pas; un individu ayant eu antérieurement une affection scrofuleuse peut bien être porteur d'une syphilide.

Les caractères particuliers des cicatrices, lorsqu'il en existe, peuvent contribuer à éclairer le diagnostic.

A côté de ces antécédents généraux, pour ainsi dire, nous placerons les signes commémoratifs de cause locale, se rapportant aux symptômes d'apparition et au mode de développement de l'ulcération.

Les *phénomènes concomitants* apportent au diagnostic des éléments de probabilité plus grande, mais non encore de certitude. C'est ici le lieu de rappeler que les maladies constitutionnelles ont une loi d'évolution, se composent d'une série d'affections qui se succèdent

dans un ordre déterminé. C'est pourquoi l'on exclura, par exemple, l'idée d'ulcère syphilitique de la face si le malade présente en même temps une affection cutanée syphilitique superficielle succédant à un chancre génital récent.

La *marche* de l'ulcération doit être aussi considérée. Une syphilide ulcéreuse n'a pas la marche lente d'une scrofulide qui tend, pour ainsi dire, à s'éterniser sur place; la guérison rapide du chancre céphalique empêchera toujours qu'il soit confondu avec le cancroïde.

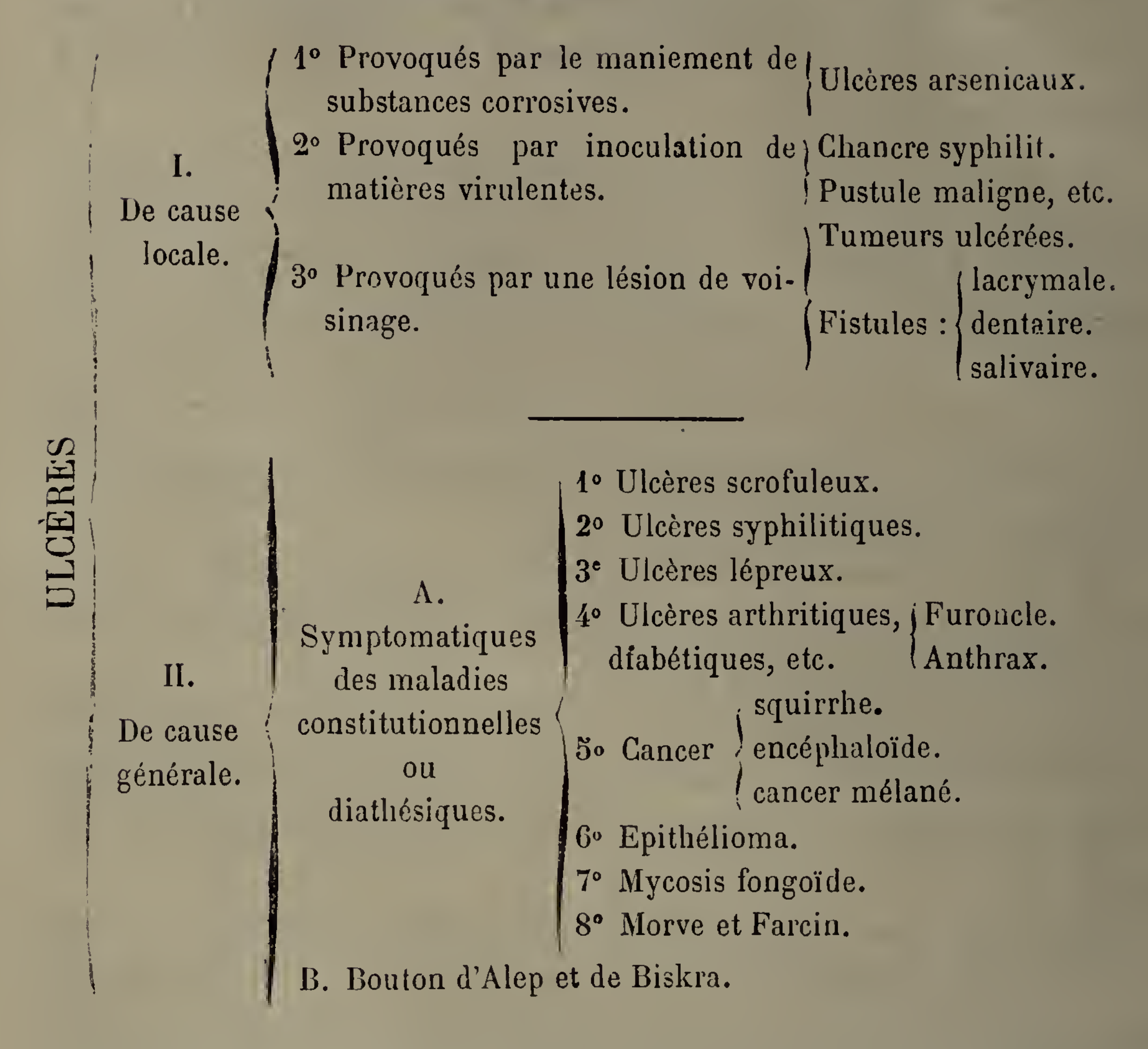
L'*étiologie* contribue à éclairer le diagnostic par les signes que peut fournir l'examen de la constitution, du tempérament, de l'âge, de la profession et généralement de toutes les circonstances relatives aux causes des maladies.

L'*examen microscopique* des liquides que fournit l'ulcère ou des parties qui le constituent peut quelquefois conduire à la détermination exacte de la nature du mal.

Enfin, dans certains cas où il existe un tel mélange de caractères qu'il est difficile, sinon impossible, de se prononcer, le *traitement* sera employé comme pierre de touche et viendra souvent assurer le diagnostic.

Quant aux *signes subjectifs* dans les ulcères de la face, ils sont plus ou moins marqués, plus ou moins importants. Un phénomène sur lequel il ne faut pas manquer de porter son attention, est celui qui a trait à la sensibilité, à la douleur, dont l'absence, dans certains cas, et les caractères spéciaux dans d'autres, peuvent, à eux seuls, permettre de se prononcer avec certitude. Les troubles fonctionnels varient de nature et d'intensité. Assez souvent ils ne se manifestent qu'à une période avancée de la maladie, alors qu'il n'y a plus de doute possible. Ils constituent, lorsqu'ils sont arrivés à un certain degré, les cachexies diverses, scrofuleuse, syphilitique, cancéreuse. Nous verrons, en parlant de ces affections, en quoi ils peuvent contribuer à fonder le diagnostic.

CLASSIFICATION DES ULCÈRES DE LA FACE.



ULCÈRES

- I. De cause locale.
  - 1° Provoqués par le maniement de substances corrosives. — Ulcères arsenicaux.
  - 2° Provoqués par inoculation de matières virulentes. — Chancre syphilit. Pustule maligne, etc.
  - 3° Provoqués par une lésion de voisinage. — Tumeurs ulcérées. Fistules : lacrymale. dentaire. salivaire.
- II. De cause générale.
  - A. Symptomatiques des maladies constitutionnelles ou diathésiques.
    - 1° Ulcères scrofuleux.
    - 2° Ulcères syphilitiques.
    - 3° Ulcères lépreux.
    - 4° Ulcères arthritiques, diabétiques, etc. — Furoncle. Anthrax.
    - 5° Cancer — squirrhe. encéphaloïde. cancer mélané.
    - 6° Epithélioma.
    - 7° Mycosis fongoïde.
    - 8° Morve et Farcin.
  - B. Bouton d'Alep et de Biskra.

Nous ferons, au sujet de cette classification, plusieurs remarques. Une première s'applique à la présence, dans ce tableau, de certaines affections qui n'appartiennent pas en propre à l'ulcération; ainsi, dans la première classe, les fistules; dans la seconde, l'anthrax et le furoncle. Comme ces lésions déterminent des solutions de continuité à forme ulcéreuse, nous les avons rapprochées des ulcères vrais pour la comparaison, en les plaçant dans la classe que leur assigne leur origine. En second lieu, nous avons mis dans une section à part le bouton d'Alep, parce que la nature n'en est pas parfaitement connue, mais en le maintenant dans les ulcères qui se développent sous l'in-

fluence d'une cause générale, ce qui est, du reste, l'opinion ordinairement admise au sujet de cette affection. Enfin, nous n'avons pas cru devoir faire des maladies constitutionnelles et diathésiques deux sections différentes, quoique plusieurs auteurs, M. Bazin entre autres, donnent à chacun de ces deux termes une signification spéciale, caractérisant les maladies constitutionnelles par un *ensemble de produits morbides* ou d'*affections très-variées*, les maladies diathésiques par la formation d'*un seul produit morbide* qui, du reste, peut avoir son siége, comme dans le premier cas, dans tous les systèmes organiques indistinctement. Cette division, qui peut sembler fondée au premier aspect, nous entraînerait dans des discussions de pathologie générale complétement en dehors de notre sujet. Du reste, c'est là une question fort controversée et encore à l'étude, et c'est pourquoi nous continuerons à employer dans le même sens les mots diathésique et constitutionnel.

Les diverses affections ulcéreuses de la face comprises dans la classification qui précède présentent, au point de vue du diagnostic, une importance bien différente, tant sous le rapport de leur fréquence qu'au point de vue de leur origine. Aussi bien ne comptons-nous pas nous livrer à l'étude approfondie de chaque espèce morbide en particulier. Il est, par exemple, telle affection rare qu'il ne faut signaler que pour mémoire, afin d'éviter toute surprise ; telle autre, ne rentrant pas directement dans le cadre des ulcères, ne doit être mentionnée qu'à titre de rapprochement possible à une période d'évolution quelconque. C'est pourquoi nous avons cru bon de présenter d'abord, dans un tableau d'ensemble, les signes diagnostiques de toutes les lésions ulcéreuses du visage, dans le but de faire ressortir de leur comparaison une sorte de physionomie type de chaque espèce qu'on puisse reconnaître lorsqu'elle s'offrira à l'observation.

Ce tableau va nous permettre d'éliminer immédiatement un certain nombre d'affections qui n'occupent, dans notre classification, qu'une place accessoire.

Ainsi, la *pustule maligne*, que l'on rencontre fréquemment à la face, ne s'y voit pas souvent à l'état d'ulcère, puisque la guérison spontanée de cette maladie est malheureusement assez rare. L'eschare centrale, la couronne vésiculaire, l'aréole érythémateuse, l'œdème des parties voisines et surtout les phénomènes généraux graves d'intoxication, voilà autant de caractères bien tranchés qui permettront toujours de reconnaître une affection charbonneuse au visage. Quand la guérison spontanée a lieu, les symptômes généraux n'apparaissent pas, ou diminuent; s'ils se sont manifestés, une phlegmasie vive et profonde s'empare du pourtour de l'eschare qui se détache, puis tout guérit comme une plaie simple. Le diagnostic, dans ce cas, se fonde sur les phénomènes antérieurs.

Dans le *farcin* et la *morve*, lorsqu'il existe des ulcérations sur le visage, les manifestations morbides de la maladie virulente sont en général tellement multipliées sur les autres points du corps et les phénomènes généraux si apparents que le diagnostic ne peut être longtemps douteux. C'est là, du reste, une affection relativement très-rare.

Quant aux *fistules*, leur situation, leurs rapports avec une cavité ou un conduit naturel, le liquide qu'elles fournissent, l'existence d'un trajet, la forme de l'ulcération, etc., permettront toujours de les distinguer des ulcères véritables, et ce que nous en avons dit dans le tableau général suffit pour en établir la comparaison.

Diverses *tumeurs* peuvent comprimer les téguments du visage par leur face profonde et en amener la mortification ; à la chute de l'eschare on découvre une ulcération d'aspect variable et de nature diverse. Nous ne nous étendrons pas sur ce sujet. L'importance, dans ce cas, ne réside pas dans l'ulcère lui-même, mais dans la tumeur qui lui a donné naissance; c'est la nature de cette tumeur qu'il faut

Caractères différentiels des Ulcères de la Face. (A. De Cause locale.)

I. Caractères Cliniques.

Caractères tirés de:		Ulcères arsenicaux	Chancre syphilitique	Charbon (pustule maligne)	Fistules (Lacrymale, Dentaire, Salivaire)	Tumeurs ulcérées diverses
1° Signes objectifs	a. Forme	arrondie très régulière	arrondie ovalaire ou oculaire (aux commissures) linéaire	arrondie (chaton de bague entouré de perles)	arrondie, en cul-de-poule ou irrégulière	irrégulière
	b. Siège	front, joues, nez, lèvres, etc.	tous les points de la face, plus souvent les lèvres	tous les points du visage	angle interne de l'œil, joue, machoire inférieure	le plus souvent au niveau du nez.
	c. Dimensions	petites	peu étendues	1 à 10 millimètres	ordinairement petites	variables
	d. Bords	taillés à pic, élevés, non décollés	par ordinairement taillés à pic, mais affaissés se continuant insensiblement avec les parties voisines	(on arrive rapidement à l'élimination de l'eschare qui résulte de la pustule initiale)	amincis, décollés, bleuâtres, qq fois bourrelet circonférentiel, violacé, parfois moins fongueux.	qq fois amincis décollés, mais souvent minces, bourgeonnants, saignants.
	e. Fond	grisâtre ou rougeâtre légèrement humide	grisâtre, comme lardacé qq fois lisse, rougeâtre.	aspect brun noirâtre	Infundibuliforme, pâle comme lavé, communique avec une cavité ou un conduit naturel.	Irrégulier, permettant de pénétrer jusqu'à la partie malade
	f. Pus	peu abondant normal non inoculable	peu abondant inoculable	sérosité inoculable	peu considérable, ordinairement mêlé aux produits de sécrétion	plus ou moins abondant, séreux, contenant des molécules osseuses ou autres
	g. Croûtes	point, ou mélangées avec la substance corrosive	croûte au début, ne présente rien de particulier	un peu molle ou tout à fait dure, noirâtre	forme qq fois un petit opercule à l'ouverture fistuleuse	point ou insignifiantes
II. parties voisines	Base	point ou peu indurée	épaisse, induration (hémisphérique ou parcheminée)	indurée élastique	indurée à son pourtour, perforée au centre	d'aspect variable, en rapport avec la tumeur sous-jacente
	Circonférence	Fissure saine, pas de réaction inflammatoire	pas d'inflammation circonvoisine	Inflammation œdémateuse cercle vésiculaire	Cercle de brides rayonnées, callosités ou décollement, végétations mollasses	gonflement inflammatoire limité
	Ganglions	nul retentissement.	adénopathie indolente précoce	les vaisseaux et ganglions s'enflamment quelquefois	pas d'adénite.	le retentissement ganglionnaire tient à la nature de la tumeur et non à l'ulcère
2° Antécédents.		se rapportent à la profession	rapports compromettants	Rapports avec un foyer d'infection ou de contagion	dents malades, [illegible], etc. etc.	Coups, violences, froid, scrofule, syphilis dont on peut trouver des traces (cicatrices)
3° Phénomènes concomitants		Nuls	quelquefois roséole avant la guérison complète de l'accident primitif	Œdème, etc.	Nuls	Affections tenant de la scrofule ou de la syphilis
4° Marche.	a. Début	érythème, papule, vésicule, ulcère.	Ordinairement vésico-pustule quelquefois plaie fissuraire	papule, vésicule, pustule gangréneuse envahissante	Rougeur, tuméfaction, abcès fistule	Tumeur comprimant les téguments par la face profonde, abcès ou eschare.
	b. Durée.	Variable	3 ou 4 septénaires	de 2 à 12 jours et plus selon la terminaison	Indéfinie	Ordinairement longue
	c. Terminaison.	guérison la cause cessant	guérison après s'être transformé quelquefois sur place en plaque muqueuse	le plus souvent mort par intoxication	guérison habituelle	guérison plus ou moins tardive selon la cause
	d. Récidive	la même cause peut produire le même effet	pas de récidive.	point. Mais on peut avoir plusieurs fois la pustule	pas de récidive spontanée il faut une cause nouvelle.	peut avoir lieu
	e. Infection générale.	point	est suivi de syphilis constitutionnelle	rapide	point	en dont l'effet quand dépendent de scrofule ou syphilis.
	f. Cachexie	point	appartient aux accidents tardifs	Cachexie	id	peut exister
5° Causes.	a. Age.	ordinairement adulte	sans influence	pas d'influence	pas d'influence directe	adulte ou avancé
	b. Sexe	sans importance	id.	id	id	indifférent
	c. Constitution.	id.	id	id	id	id
	d. Tempérament	id	id	id	id.	lymphatique. etc.
	e. Hérédité	id	N'est pas un accident de la syphilis héréditaire.	id	id	Existe pour la scrofule la syphilis.
	f. Profession	cause directe, maniement de composés arsenicaux	sans importance	palefreniers, bouviers, tanneurs, mégissiers, etc	id.	Emploi du phosphore etc.
	g. Contagion.	pas	Contagieux	Contagieux	pas	point
6° Traitement	a. Curabilité.	facile	facile	assez rare spontanément	assez rebelles.	varie suivant la cause.
	b. Spécifique	Non	spécifique surtout de la maladie constitutionnelle	Non	Indications spéciales	quelquefois ou non
7° Signes subjectifs	a. Douleur	Ordt assez cuisante	Indolent	prurigineuse au début, grave après le gonflement	Ordinairement nulle	Douleurs ostéocopes (syphilis) peu ou point (autres)
	b. Troubles fonctionnels.	Nuls, excepté pour l'organe affecté	Céphalée, douleurs rhumatoïdes, Malaise général, etc.	Du 3e au 5e jour phénomènes généraux graves d'intoxication	Influence sur la vision et la digestion (perte de salive)	Variables suivant la nature de la tumeur toujours manifestes
II. Caractères anatomo-pathologiques.		Rien de particulier caractères ordinaires de l'ulcération des tissus normaux. Noter la présence possible du composé arsenical.	Présente, d'après M. Robin, les éléments suivants 1° des traces de fibres du tissu cellulaire avec quelques fibres élastiques entanées 2° une matière amorphe interposée à ces fibres, d'autant plus abondante que l'induration est plus transparente; 3° des noyaux libres fibro-plastiques formant une partie considérable de la masse et toujours accompagnés d'une quantité au moins égale de Cytoblastions; 4° un certain nombre de corps fusiformes fibro-plastiques	On y trouve cette apparence granuleuse propre à tous les tissus gangrénés et quelques vibrions très-communs dans les parties putréfiées mais auxquels on a attribué dans ces derniers temps, une influence capitale, à cause de leur présence en même temps dans le sang et dans les vésicules de l'aréole (Bactéries de M. Davaine	Callosités du trajet et de la circonférence, dues à un épanchement de lymphe plastique consécutif à un travail phlegmasique. Particularités fournies par les liquides sortant de la fistule	Dans les Enchondromes, cellules de cartilage; dans les ostéomes corpuscules osseux; dans la syphilis, la scrofule, la nécrose phosphorée etc, lésions de l'ostéite, de la Carie, de la Nécrose.

Caractères différentiels des Ulcères de la Face. (B. de Cause générale.)

I. Caractères Cliniques

Caractères tirés de:		Ulcères scrofuleux.	Ulcères syphilitiques.	Ulcères lépreux	Furoncle (et anthrax ulcérés).	Carcinome.	Epithelioma	Mycosis Fongoïde.	Morve et Farcin	Bouton d'Alep de Biskra.
1° Signes objectifs	a. Forme	irrégulière, souvent changeante	souvent arrondie régulière ou irrégulière en spirale.	irrégulière	irrégulière au sommet du cône.	variable	pas de forme particulière.	ordt circulaire	irrégulière ou circulaire.	Circulaire.
	b. Siège	De préférence le nez, la lèvre supérieure, les joues, etc.	spécialement le nez, le front, etc	front, lèvres, nez, etc.	Fesses, joues, le siège à la face entraîne une gravité particulière.	id.	surtout à la lèvre inférieure et dans la moitié gauche	tous les points de la face indifféremment	fosses nasales, joues, front, etc	de préférence sur le côté gauche de la face et la lèvre [illegible]
	c. Dimensions	Variables, augmentant d'un côté, diminuant de l'autre	variables, qq fois l'ouverture moins grande que le fond, tendance à l'extension	variables assez peu étendues.	variables de la grosseur d'une noix à celle du poing.	Changeantes peu ou augmentant	1 à 12 centimètres et plus	variables qq fois considérables	1 à 2 centimètres, qq fois plus	Comme une pièce de 50 centimes.
	d. Bords	amincis, décollés, bleuâtres, irrégulièrement découpés	coupés perpendiculairement taillés à pic	ordinairement saillants, tuméfiés, anfractueux, découpés en festons	décollés, amincis, violacés quand la tumeur est vidée.	Bosselés, noueux, durs, calleux, renversés en dehors ou taillés à pic.	bourrelet saillant, renversé en dehors, dur, qq fois parsemé de bourgeons charnus exubérants.	Nets, taillés à pic, peu ou point décollés et sans bourrelet saillant.	amincis, décollés, fistuleux ou durs et saillants.	Irréguliers comme gaufrés par endroits taillés à pic
	e. Fond	pâle, blafard, plus ou moins excavé, qq fois saillant, fongueux granuleux, rouge.	pseudo-membraneux grisâtre humide	granuleux pâle comme malaxé ou lavé.	irrégulier putrilagineux	inégal, raboteux, excavé ou présentant de gros champignons indurés, saignant facilement	profond, excavé, pulpeux (forme rongeante) ou exubérant (forme végétante papillaire)	Superficiel, blafard, livide végétant (aspect de moelles ou de tomates)	pâle, blafard, pseudo-membraneux ou rouge et fongueux, souvent desséché	lisse sec uni.
	f. Pus	séreux, mal lié, peu coloré, contenant des grumeaux et débris du tissu cellulaire	jaune verdâtre, épais, se concrétant facilement.	Ichor sanieux et fétide.	Épais, fétide, entraînant la matière du bourbillon.	Liquide ténu, séreux, grisâtre ou séro-sanguinolent (ichor cancéreux) très fétide)	Liquide sanieux, d'une odeur fétide, contenant une matière caséeuse, grumeleuse, débris d'épithélium.	épais, verdâtre, matière pultacée très fétide	Sanie purulente grisâtre inoculable	d'abord séreux, puis séro-plastique
	g. Croûtes	Compactes ou aplaties, entrant dans la peau ou détachées, d'un brun noirâtre ou jaunâtre, humides suintantes	plus ou moins étendues, brunes verdâtres, stratifiées, bombées enchâssées	Noirâtres fissurées	point ou sans importance	Il est rare que le pus se concrète	parfois croûte noirâtre de cellules épithéliales desséchées très adhérente.	Croûtes dures, d'une teinte sombre noirâtre	Brune noirâtre quand il en existe.	Verdâtre ou grisâtre sèche ou humide.
II. parties voisines	Base	Indurée profondément ou molle flasque, élastique (hypertrophiée ou atrophiée)	plus ou moins indurée.	Consistance variable selon que le tubercule est dermoïde ou sous-cutané	Consistance épaisse, inflammatoire	large, dure et épaisse	dure très consistante	sans induration	plus ou moins résistante	peut être indurée
	Circonférence	Indurée ou tuberculeuse, ou pâtée, aréole rouge bleuâtre	Aréole cuivrée sans empâtement	Brune, non indurée quelquefois calleuse,	D'un rouge sombre, œdème diffus quelquefois très étendu phlébite.	Épaisse, faisant corps avec l'ulcère, développement des veines	Epiderme épaissi, envahissement du derme et du tissu cellulaire.	pas de zone inflammatoire peu de sensibilité	Coloration noirâtre Engorgement œdémateux	D'un rouge terne, présente des petites élevures tuberculeuses, zone insensible [illegible]
	Ganglions	Engorgement préexistant à l'ulcération et formant des masses volumineuses	les ganglions engorgés sont isolés et non ramollis	Altération habituelle des vaisseaux et ganglions	pas d'engorgement ou adénite inflammatoire rare.	Engorgement très fréquent et se montrant d'assez bonne heure.	Engorgement ordinairement tardif, en rapport avec la marche, partie de la face et plus	Il y a toujours altération des vaisseaux et ganglions lymphatiques	Angioleucites et adénites.	pas d'adénite.
2° Antécédents.		Manifestations antérieures de la scrofule. Cicatrices scrofuleuses, à caractères spéciaux.	Accidents antérieurs, filiation. Cicatrices syphilitiques à caractères spéciaux	Origine, de climat, etc	Manifestations identiques antérieurement	Irritations, coups, violences taches pigmentaires verrues, etc.	Irritations répétées ou permanentes	Nuls ou accidents antérieurs de même nature	Exposition dans un foyer d'infection ou d'inoculation peut exister à l'état chronique	Conditions d'origine climat alimentation, boisson, etc
3° Phénomènes concomitants		Scrofule osseuse, articulaire, tumeur blanche etc	affections syphilitiques appartenant à la même période d'évolution de la maladie	Taches anesthésiques, altération, chute des poils, peau huileuse par de sueurs, etc	petits furoncles autour de l'anthrax, érysipèle	T. troubles fonctionnels	Nuls	Tumeurs ulcérations sur les autres parties du corps.	Œdème, angioleucites abcès multiples [illegible] articulaires etc.	Il peut exister plusieurs boutons.
4° Marche.	a. Début	Inflammatoire (lupus, v. g.) fibro-plastique (tubercule du lupus) livide.	Vésico-pustule, tubercule, abcès, gomme, ulcère en gomme.	Tubercule dermoïde ou sous-cutané, grisâtre fauve bronzé	Tumeur conique recouverte souvent d'une vésicule à liquide séro-sanguinolent	Bouton, plaque ou tumeur, dureté, ramollissement	peut débuter par les papilles, l'épiderme ou les glandes	Éruptions tumeurs, ramollissement et ulcération, plus mauvais aspect	pustules, bulles, gommes ou abcès	Tubercule dans le tissu cellulaire, qui se ramollit
	b. Durée.	Toujours très longue marche envahissante	Moins longue que dans la scrofule, varie selon le traitement	assez longue	8 ou 10 jours à de [illegible] durée longue.	Marche rapide, en moyenne 3 ou 4 ans	variable ordinairement longue	souvent longue intermittente	Aigu 15 à 20 jours. Chronique 4 mois à 2 ou 3 ans	Un an en moyenne
	c. Terminaison.	peut guérir, mais ordinairement très rebelle	Guérison habituelle par les spécifiques	funeste.	au visage peuvent causer la mort	ordinairement funeste	souvent fatale	ordinairement mort quelquefois après plusieurs rémissions	ordinairement funeste. le farcin guérit qq fois	Guérison
	d. Récidive	a lieu fréquemment	ne récidive pas ordinairement sur place.	point	Sujets à répétition	récidive habituelle.	Récidive assez fréquemment	Récidive	pas de récidive spontanée.	une seconde évolution a lieu quelquefois, mais plus bénigne.
	e. Infection générale.	Sont une manifestation de maladie constitutionnelle	Manifestation de maladie constitutionnelle	affecte tous les systèmes organiques	point, peuvent causer l'infection purulente	très fréquente	peut exister mais pas habituelle	maladie diathésique	Intoxication	N'existe pas.
	f. Cachexie	peut coïncider	peut exister en même temps	existe phthisie lépreuse, etc.	pas.	souvent de bonne heure ordinairement	Cachexie tardive	Cachexie tardive marasme fièvre hectique	Cachexie	point.
5° Causes.	a. Age.	adulte ordinairement	plus ou moins avancé selon la date de l'accident primitif.	peu d'influence	surtout l'enfance et la vieillesse	de 40 à 60 ans.	de 40 à 60 ans	âge adulte ou avancé	sans influence	n'atteint pas ordinairement les enfants à la mamelle
	b. Sexe	un peu plus fréquent chez la femme	indifférent	id	indifférent	peu d'influence à la face	plus fréquent chez l'homme	sans influence	id	indifférent
	c. Constitution.	La faiblesse y prédispose	id	id.	id	indifférente	pas d'influence	id.	id	id
	d. Tempérament	Le tempérament lymphatique id.	id	id	id	id	id.	lymphatique	id	id
	e. Hérédité	Cause habituelle.	Existe pour la maladie constitutionnelle	héréditaire	peuvent résulter d'une prédisposition héréditaire	héréditaire	1/10e des cas (Heurtaux)	n'existe pas.	id	id
	f. Profession	Celles qui favorisent l'étiolement, le lymphatisme	sans influence.	indifférente	Causes de malpropreté	sans influence	sans influence	sans influence	Celles qui mettent en rapport avec des morveux	id
	g. Contagion.	n'existe pas	pas à cette période	non contagieux	pas	non contagieux	non contagieux	pas contagieux	contagieux	non contagieux inoculable. (Villemin)
6° Traitement	a. Curabilité.	ordinaire mais longue et difficile	En général assez facile	très-rare	ordinaire	extrêmement rare.	moins rare que dans le carcinome	rare	rare, quelquefois le farcin guérit	guérit spontanément
	b. Spécifique	Antiscrofuleux, iode etc. presque spécifique.	Spécifique	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
7° Signes subjectifs	a. Douleur	Absence de douleurs, de prurit	Indolents	Atonie et insensibilité de la surface.	Vive, tensive, térébrante	douleurs lancinantes caractéristiques	quelquefois vive, lancinante quelquefois légère, prurigineuse	peu ou point douloureux	ordinairement indolores	très légère prurigineuse ou nulle
	b. Troubles fonctionnels.	Existent, se rapportent aux accidents de la scrofule à cette période.	Ceux de la cachexie syphilitique quand elle existe (Douleurs ostéocopes)	Altération des fonctions respiratoires (voix éteinte haleine fétide) et digestives	Quelquefois désordres généraux graves à forme asthénique.	Dépression graduelle des forces. Amaigrissement troubles généraux Cachexie	Souvent longtemps compatible avec un état général excellent. Cachexie tardive. Rien de spécial	Se montrent tardivement fièvre hectique	Douleurs articulaires et musculaires, troubles profonds de la constitution	pas de troubles fonctionnels
II. Caractères anatomo-pathologiques.		Les caractères anatomo-pathologiques servent peu au diagnostic, les caractères cliniques suffisent. — Les lésions primordiales sont ou inflammation ou fibro-plastiques	N'apportent aucun élément de diagnostic ou tout au plus des signes négatifs. Caractères ordinaires des lésions inflammatoires ou fibro-plastiques. — Les gommes sont formées de Cytoblastions principalement de corps fusiformes fibro-plastiques et de matière amorphe	Altération des lymphatiques, hypertrophie des glandes sébacées, atrophie des sudoripares. Matière tsaraathique (de tsaraath qui signifie lèpre en hébreu), granulations graisseuses libres, souvent cristaux de cholestérine; cellules épithéliales, pigmenteuses plus ou moins déformées à contenu homogène ou granuleux. Hypertrophie générale du système cutané pachydermie ou fibrome éléphantiasique (Virchow).	Bourbillon constitué par un exsudat fibrineux et une quantité plus ou moins considérable de fibres celluleuses.	1° Cellules épaisses à contours souvent irréguliers noyaux et nucléoles volumineux souvent plusieurs noyaux dans une cellule. 2° Suc abondant, crémeux, lactescent, forme avec l'eau une émulsion homogène. 3° Cavités du tissu ou alvéoles petites microscopiques 4° Trame, tissu conjectif de nouvelle formation (Virchow.) Dans le Cancer mélané il y a, en plus, des granulations moléculaires de pigment.	1° Cellules aplaties feuilletées ayant un noyau petit et généralement unique. 2° Suc, peu abondant grumeleux, les grumeaux se dissociant dans l'eau sous forme de lamelles 3° Cavités du tissu ou alvéoles, grandes, visibles à l'œil nu, ou microscopiques (Virchow) 4° Trame constituée par les tissus mêmes de la région.	D'après les travaux les plus récents, le tissu de la tumeur est un tissu adénoïde qui ne diffère nullement des tumeurs que l'on observe dans la lymphadénie (lymphadénie cutanée) Au niveau de l'ulcère on trouve un tissu embryonnaire abondant qui se perd insensiblement avec le tissu adénoïde. Ce tissu, en se développant ne détruit pas les faisceaux fibreux du derme, ni les fibres élastiques, ni les cellules adipeuses, il les écarte seulement pour se placer entre elles.	(Les manifestations morbides multiples de la morve suffisent amplement à en établir le diagnostic sans qu'il soit besoin d'avoir recours à l'anatomie-pathologique, ce qui, du reste serait, sur le vivant aussi inutile que dangereux	Rien à noter.

Imp. Barousse 0.10. Cour du Commerce - Paris

déterminer, et, en général, on est appelé à se prononcer bien avant que l'ulcération se soit produite.

Nous verrons, à propos des maladies dont nous avons à nous occuper, comment le *furoncle* et l'*anthrax* peuvent s'en rapprocher dans certains cas. Parmi les affections déjà signalées il n'y a guère que la pustule maligne avec laquelle on puisse les confondre, mais il n'y a ni cercle vésiculaire, ni gonflement œdémateux dans le furoncle et dans l'anthrax, que caractérisent surtout la présence de bourbillons sous-cutanés ou intra-musculaires et des foyers purulents disséminés dans les tissus voisins.

Nous ne ferons que mentionner les rapports de l'anthrax et du furoncle avec le diabète sucré, d'où l'indication de rechercher toujours l'existence du sucre dans l'urine des individus atteints de ces affections.

Quant à la gravité spéciale de l'anthrax et du furoncle de la face, voici à quelles causes il faut l'attribuer, d'après M. Reverdin, qui a publié sur ce sujet un remarquable travail (Archives générales de médecine, août 1870).

« Cette gravité est due à ce qu'ils se compliquent facilement de phlébite. Le phlébite faciale entraîne la mort, soit en se propageant aux tissus de la dure-mère, soit en devenant la source de l'infection purulente. Parmi les anthrax de la face, ceux des lèvres se compliquent plus facilement de phlébite; on peut expliquer cette particularité par la texture particulière des lèvres (texture musculaire, peu d'abondance du tissu cellulaire interposé, outre la vascularité commune à la région faciale tout entière). »

A côté de ces affections, qu'il convenait de ne signaler qu'en peu de mots, nous placerons, relativement à l'importance qu'elles présentent au point de vue du diagnostic, plusieurs maladies rares ou exotiques que l'on a peu souvent l'occasion d'observer; nous voulons parler du bouton d'Alep et de Biskra, de la lèpre et du mycosis fongoïde. Les ulcérations qu'elles déterminent rentrent dans la classe des ulcères de cause générale.

BOUTON D'ALEP.

Cette maladie que M. Villemin (Mémoire sur le bouton d'Alep, Paris, 1854) propose d'appeler ulcère d'Orient, puisqu'il ne se développe pas seulement à Alep, peut aussi se rencontrer en France, attendu cette particularité qu'elle présente de rester quelquefois à l'état latent ou d'incubation pendant un temps assez long pour permettre à l'Européen qui en a contracté le germe de rentrer dans sa patrie avant l'éclosion du mal.

L'affection a surtout pour siége la face et en particulier le côté gauche de cette région, rarement la paupière supérieure ou le front.

On distingue en général trois périodes dans l'évolution de l'ulcère, une première, de formation du tubercule sous-cutané ; une seconde, de ramollissement et d'ulcération ; une troisième, de cicatrisation ; la première dure, en moyenne, 4 mois, la seconde 6, et la troisième 2, en tout un an environ.

Première période : Elévation légère de la peau qui est indolore, d'un rose pâle, puis rouge quand la saillie augmente, desquamation furfuracée, prurit. — *Deuxième période* : Exhalation d'un liquide séreux d'abord, bientôt très-plastique et formant des croûtes verdâtres ou grisâtres qui peuvent tomber 6 à 8 fois de suite pour se reproduire aussitôt après. L'ulcération sous-jacente est d'une profondeur variable, lisse, sans bourgeons charnus ; les bords sont inclinés, rarement à pic. La circonférence, d'un rouge terne, présente quelques tubercules. M. Suquet (de Beyrouth) a signalé dans cette auréole un caractère spécial, l'anesthésie, qui rapprocherait ainsi cette maladie de la lèpre. Les ganglions lympathiques sont assez souvent engorgés et douloureux. Les phénomènes généraux sont nuls. La cicatrisation (*troisième période*) ne présente rien de particulier ; la réapparition de la sensibilité se fait toujours très-lentement.

Quant aux causes de cette affection, il est impossible d'invoquer

comme unique élément étiologique l'usage des eaux du Koiq qui traverse la ville d'Alep, puisque la maladie se montre ailleurs que dans ce pachalick. Les influences générales telles que la chaleur, l'humidité, l'altitude, la constitution géologique du sol, les saisons ne sauraient non plus rendre compte de la production de cet ulcère, et l'on est obligé d'avouer que son origine est encore inconnue.

Le *diagnostic* peut présenter certaines difficultés. Tout en tenant compte des antécédents du malade, on en puisera les éléments surtout dans la durée de l'affection, assez régulièrement annuelle, la lenteur de son développement, l'absence de douleur, l'insensibilité des bords de l'ulcère, l'aspect sec et uni de son fond, l'absence de phénomènes généraux, etc.

On ne saurait confondre le bouton d'Alep, ni avec l'*impetigo*, dont les croûtes jaunes, flavescentes, recouvrent une surface non ulcérée et souvent étendue ; ni avec le *furoncle* et l'*anthrax*, dont nous avons indiqué plus haut les caractères. La durée indéfinie et la marche envahissante du *lupus*, les signes particuliers des *syphilides ulcéreuses*, permettront toujours de distinguer ces maladies de l'affection qui nous occupe.

BOUTON DE BISKRA.

Le bouton de Biskra ou des Zibans présente beaucoup de points de ressemblance avec le bouton d'Alep. Il en diffère cependant sous plusieurs rapports : il est fongueux, il est douloureux, il n'y a pas d'anesthésie du pourtour de l'ulcère, la croûte est plus épaisse ; en outre, il ne se développe qu'en automne, et non dans toutes les saisons, comme le bouton d'Asie ; il présente, de plus, une bénignité relative et une durée moins longue.

Ces affections n'ont rien de commun avec la syphilis, puisqu'on les voit se développer sur des syphilitiques.

LÈPRE (*Elephantiasis des Grecs*).

Cette maladie exotique, non contagieuse, essentiellement héréditaire, ne peut s'observer que sur des sujets venus des contrées où elle est encore endémique. C'est ainsi que nous en avons vu un cas à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le Dr Lailler.

Voici en peu de mots la symptomatologie de la lèpre. On remarque d'abord sur la peau des taches de couleur variable, présentant un caractère qui est de la plus haute importance au point de vue du diagnostic, l'anesthésie. Il y a en même temps fatigue physique, prostration, arrêt de développement ou atrophie des organes sexuels, altération des poils qui changent de couleur et tombent. Puis apparaissent dans le derme et dans le tissu cellulaire sous-cutané des tubercules de consistance variable selon leur siége, de couleur grisâtre, fauve ou bronzée. Les désordres fonctionnels augmentent, la voix s'éteint, l'haleine devient fétide; les sudoripares, comme étouffés dans le derme infiltré, ne fonctionnent plus; les follicules sébacés, au contraire, augmentent d'activité et recouvrent la peau d'une couche huileuse et comme vernissée; le visage présente une physionomie caractéristique (leontiasis). Des ulcères succèdent aux tubercules et se multiplient de plus en plus; les altérations des solides augmentent, et bientôt surviennent la cachexie avec ses troubles respiratoires (phthisie lépreuse), digestifs (melæna), nerveux (paralysies localisées), et la mort.

Les ulcères lépreux peuvent être superficiels ou profonds; leur forme est irrégulière ou arrondie, leurs bords, minces, taillés à pic ou décollés, sinueux, anfractueux, rarement indurés à leur circonférence; leur fond très-pâle et comme lavé outre mesure; il s'en écoule un ichor sanieux et fétide qui se concrète sous forme de croûtes noirâtres; mais ce qui les caractérise particulièrement, c'est l'atonie

et l'insensibilité de leur surface, qui reste indifférente aux applications topiques les plus irritantes.

Diagnostic. — La syphilis, la scrofule, le cancer, dans leurs manifestations ulcéreuses, peuvent-ils être confondus avec la lèpre? Nous établirons, à propos de chacune de ces maladies, l'ensemble des caractères qui permettent de les faire reconnaître; notons dès maintenant : pour le *cancer*, l'unicité de l'ulcère, ses bords renversés, indurés, bosselés, le fond souvent végétant, le retentissement ganglionnaire et les douleurs lancinantes; pour les *ulcères scrofuleux*, les bords décollés, sensibles, plus ou moins tuméfiés, les fongosités saignantes, etc.; pour les *ulcères syphilitiques*, l'auréole cuivrée, le fond putrilagineux, les bords nettement découpés et indurés, les croûtes bombées, le pus jaune-verdâtre, très-plastique, etc., sans parler des symptômes que fournit l'étude des antécédents et des affections concomitantes.

MYCOSIS FONGOÏDE.

Le mycosis fongoïde est une maladie assez rare et qui mérite, par les caractères spéciaux qu'elle présente, d'être placée dans un cadre à part.

Après une première période d'éruptions cutanées superficielles qui disparaissent sans laisser de traces, on voit se former dans les diverses régions du corps, et particulièrement à la face, des tumeurs d'une couleur rouge foncée, que l'on a comparées à des morilles ou à des tomates. Ces tumeurs se ramollissent bientôt et donnent lieu à des ulcères du plus mauvais aspect. Alibert compare leur production à ce qui s'observe quand des fruits se pourrissent sur la tige qui les supporte. Ces ulcères, peu douloureux en général, restent ordinairement superficiels; leurs bords sont nets, peu ou pas décollés, ni durs ni saillants; leur fond, quelquefois fongueux, végétant, le plus souvent blafard, livide, comme putréfié; le pus qu'ils fournissent est épais, verdâtre, et se concrète facilement sous forme

de croûtes solides, d'aspect noir; sa fétidité est extrême. Cette maladie n'altère pas rapidement la santé ni les forces. Elle présente le plus souvent un phénomène qui lui est propre, et qui consiste en une sorte d'intermittence; les accidents cutanés disparaissent, faisant place quelquefois à une diarrhée abondante. Mais ce n'est qu'une rémission à échéance variable; ils se reproduisent toujours, avec les mêmes caractères, et le marasme, la fièvre hectique et la mort en sont la terminaison inévitable.

Diagnostic. L'ensemble des signes du mycosis ne permet pas de le confondre avec les ulcères syphilitiques. Le *cancer* ne pourrait s'en rapprocher que dans le cas où il serait généralisé; mais le cancer ne disparaît jamais dans l'espace de quelques jours, pour reparaître ensuite avec une égale rapidité; sa consistance est toute différente, et les douleurs lancinantes qu'il présente n'existent jamais dans le mycosis.

Quant à la nature de cette maladie, M. Bazin en fait une diathèse particulière, diathèse fongoïdique, à produit hétéromorphe, ce qui la rapprocherait du cancer et de l'épithélioma. M. Xav. Gillot, dans sa thèse inaugurale sur le mycosis (Paris, 1869), se fondant sur les altérations constantes des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, et sur les données fournies par l'anatomie pathologique microscopique, fait rentrer cette affection dans la maladie constitutionnelle décrite sous le nom de lymphadénie, et propose de l'appeler lymphadénie cutanée.

Il existe encore plusieurs maladies de la peau réputées rares et exotiques, pouvant se montrer à la face sous forme d'ulcère. Nous ne ferons que les mentionner, en citant la conclusion première du remarquable travail que M. J. Rollet, de Lyon, a publié sur ces affections (*Archives de médecine*, 1861, 5e série, t. XVII) :

« Les maladies décrites sous les noms de mal de Sainte-Euphémie, pian de Nérac, maladie de Chavanne-Lure, mal de Brun, Scherlievo,

falcadina, sibbens, radezyge, mal de la baie Saint-Paul, bouton d'Amboine, yaws, ne sont autre chose que la syphilis. »

Les ulcères de la face qu'il nous reste à décrire présentent, au point de vue du diagnostic, une importance beaucoup plus considérable que ceux dont nous venons d'établir brièvement les caractères. Cette importance, variable du reste, tient surtout à leur fréquence; les diverses affections que nous avons passées en revue ayant rarement l'occasion d'être observées ou n'offrant que des points de comparaison plus ou moins manifestes. Nous les étudierons dans l'ordre suivant : ulcères arsenicaux, chancre syphilitique, carcinome, épithélioma, ulcères scrofuleux, ulcères syphilitiques, en établissant, pour chaque espèce d'ulcère le parallèle comparatif des lésions qui peuvent en être rapprochés, et en nous efforçant de faire ressortir, dans leur histoire, les signes particuliers au moyen desquels on peut arriver à les reconnaître.

I. ULCÈRES DE CAUSE LOCALE.

1° *Provoqués par le maniement de substances corrosives.*

ULCÈRES ARSENICAUX.

Dans la production de ces ulcérations, la substance agit-elle à la fois non-seulement d'une manière locale, mais encore par absorption et en vertu de ses propriétés toxiques? Pour M. Imbert-Gourbeyre (Moniteur des hopitaux, 1857, n° 153), les affections cutanées arsenicales sont incontestablement un fait de pharmacodynamie et résultent toujours d'une action générale, d'un effet d'absorption. M. Devergie, de son côté, cite des cas d'ulcérations cutanées qu'il attribue à l'arsenic pris à l'intérieur. Nous laissons à ces auteurs la responsabilité de leurs doctrines; il nous paraît incontestable que, dans l'énorme majorité des cas, c'est à l'action directe de la substance corrosive qu'il faut attribuer la lésion qui nous occupe.

Ces ulcères se rencontrent chez les ouvriers en papiers peints, en herbes et en feuillages, chez les apprêteurs d'étoffes, etc., qui emploient le vert de Scheele (arsénite de cuivre), et le vert de Schweinfurt (sel double d'arsénite et d'acétate de cuivre). Erythème, papules, vésicules, pustules à tendance ulcérative, et, la cause continuant à agir, ulcère s'étendant en surface et en profondeur par une sorte de destruction moléculaire, telles sont les diverses phases de l'affection. Le plus souvent, d'après M. Vernois, qui a étudié spécialement cette question (Archives de médecine, 1859), ces ulcérations succèdent à une piqûre, une écorchure ou une plaie; le sel arsenical pénètre par cette voie, irrite la plaie qui suppure, s'ulcère profondément et ne se cicatrise pas, l'inoculation se renouvelant tous les jours.

L'ulcère arsenical a une forme arrondie et souvent d'une régularité parfaite; ses bords sont taillés à pic, non décollés, ils peuvent atteindre jusqu'à 1 centimètre de hauteur; le fond est grisâtre ou rougeâtre, un peu humide; il n'y a autour de l'ulcération aucune réaction inflammatoire, on dirait qu'elle a été taillée comme à l'emporte-pièce au milieu de tissus parfaitement sains. Ordinairement peu consistant, l'ulcère peut présenter parfois un peu d'induration de son fond et de ses bords, et simuler jusqu'à un certain point le chancre spécifique, d'où le nom de chancre arsenical sous lequel on le désigne quelquefois. Dans tous les cas la douleur existe, plus ou moins vive et cuisante.

L'ulcère arsenical est moins fréquent à la face qu'aux mains et aux parties génitales, pourtant on l'observe assez souvent dans cette région. « Partout, dit M. Vernois, où l'agent peut se déposer direcement, ou indirectement par les doigts, là se retrouve presque fatalement son empreinte et *jamais ailleurs*. »

Le *diagnostic* de l'ulcère arsenical ne présente pas ordinairement de difficulté ; ses caractères sont bien tranchés et la connaissance de la profession du malade ne peut laisser subsister le doute. Cependant lorsqu'il s'indure, le chancre arsenical peut ressembler au *chancre*

spécifique; mais, alors même, il n'offre pas cette résistance élastique si remarquable que présente le chancre infectant; son pus n'est pas inoculable, et, la cause enlevée, la guérison s'opère facilement sans qu'aucun signe d'infection se manifeste. De plus, on n'observe pas cette adénopathie satellite qui est un phénomène précoce et fatal du chancre syphilitique. — Les signes diagnostiques des *syphilides ulcéreuses* seront exposés plus loin.

2° *Ulcères provoqués par l'inoculation de matière virulente.*

CHANCRE SYPHILITIQUE.

Le chancre infectant s'observe assez fréquemment à la face, et, rien que pour la bouche, la statistique n'accuse pas moins de 4 chancres syphilitiques sur 100 siégeant dans d'autres régions du corps. Le chancre infectant extra-génital a été noté, par M. Clerc, sur 403 cas, 10 fois, dont 5 fois aux lèvres et 1 à la paupière; par M. Fournier, sur 471 cas, 26 fois, dont 12 pour les lèvres, 1 pour le nez, 1 pour la paupière; par M. Burlet, sur 54 cas, 4 fois à la face, dont 3 aux lèvres; par M. Nodet, sur 65 cas, 6 fois, dont 4 à la lèvre inférieure, 1 à l'angle de l'œil; par M. A. Martin (à Saint-Lazare), sur 45 cas, 12 fois: lèvre inférieure 2, aile du nez 1, front 1. Cette proportion, variable selon les sujets observés, ne saurait être expliquée seulement par des rapports peu avouables, mais résulte encore de la contagiosité des accidents secondaires. Quand au chancre simple, il est tellement rare à la face qu'on a cru un moment à une immunité spéciale de cette région. Mais les faits consignés dans les mémoires de MM. Bois de Loury et Costilhes (Gazette médicale, 1845), de Rollet (1857), et dans les thèses inaugurales de MM. Nadau des Islets et Buzenet (thèses de Paris, 1858), les expérimentations de MM. Huebbenet, de Kief, Bassereau, Puche, Bœck, etc, ont démontré que la région céphalique, pas plus que toute autre partie du corps, n'est réfractaire au chancre simple. Si l'on admet avec raison, pour expliquer l'excessive rareté du chancre simple à la tête, que cette

affection ne pouvant ni, d'un côté, ne pas être aperçue, ni, de l'autre, être cachée, les rapports directs nécessaires à sa transmission au visage sont toujours évités, il faut bien reconnaître cependant que les tissus de la face ne sont pas favorables au développement du chancre simple, que c'est, en quelque sorte, un « mauvais terrain pour la graine chancreuse » (A. Fournier).

Le chancre syphilitique peut débuter par une plaie d'emblée, soit fissuraire, soit arrondie, qui s'accroît ensuite en largeur et en profondeur, ou bien par une vésico-pustule que le malade déchire le plus souvent et qui se convertit en ulcère, quelquefois à l'abri d'une sorte de croûte ecthymateuse formée par le liquide épaissi de la pustule. L'ulcération augmente pendant un ou deux septénaires, mais n'acquiert jamais de proportions considérables; sa grandeur est celle d'une pièce de 0,20 à 0,50 centimes. A la période d'état, le chancre céphalique ne présente pas toujours les caractères assignés au chancre huntérien : bords à pic, fond pseudo-membraneux, etc. Ces différences tiennent à la situation qu'il occupe : ainsi, un chancre de la joue peut bien revêtir ce type; mais, aux commissures, l'ulcération offre un aspect particulier, une rainure médiane ou fissure que que les mouvements des lèvres maintiennent béante et qui persiste très-longtemps ; — aux lèvres, l'ulcération, ovalaire ou transversale, est toujours très-superficielle; ses bords se continuent par une pente douce avec les parties voisines, et son fond, ordinairement lisse et rouge, ne devient grisâtre, lardacé, qu'à la suite d'irritations intempestives.— Le chancre spécifique, au visage comme ailleurs, suppure peu; il est complétement indolent par lui-même. Sa présence sur les lèvres ou la paupière peut apporter une gêne assez considérable dans les mouvements de ces organes, surtout lorsque sa base s'épaissit et s'engorge. Cette induration de la base survient rapidement et ne cesse quelquefois qu'assez longtemps après la cicatrisation. On la dit hémisphérique ou parcheminée, selon que la production fibro-plastique s'étale en couche mince ou forme, à la face inférieure de l'ulcère, un dépôt abondant. — Un phénomène des plus impor-

tants à signaler dans le chancre infectant de la région céphalique, c'est l'adénopathie symptomatique qui l'accompagne. Toujours les ganglions en rapport anatomique avec la partie malade sont affectés; ils augmentent de volume et forment des petites tumeurs dures, mobiles, que les doigts déplacent facilement. Ce bubon est essentiellement indolent, il ne tend ni à s'enflammer ni à suppurer; de plus, il apparaît de très-bonne heure, puisqu'on l'a vu dix jours après la contagion; il ne fait jamais défaut à la période d'état et il survit quelquefois longtemps à la cicatrision.

Diagnostic. Ces caractères si remarquables de l'adénopathie, satellite du chancre infectant, permettront toujours d'en établir le diagnostic d'une manière certaine. Ainsi, dans les ulcérations tertiaires de la *syphilis*, dans les *scrofulides* ulcéreuses, les engorgements ganglionnaires que l'on rencontre, existaient avant l'apparition de la lésion; ils ne sont pas le fait de l'ulcération, mais résultent de ce que la maladie diathésique a affecté constitutionnellement le système des ganglions, d'où leur multiplicité. Dans le *cancer* et les tumeurs de nature cancéreuse, le retentissement sur les ganglions est toujours un phénomène tardif qui apparaît rarement avant le quatrième ou le cinquième mois, et présente, de plus, une marche envahissante spéciale. Pour toutes les *autres ulcérations*, ou bien elles n'exercent aucune influence sur les ganglions, ou bien, lorsque ce retentissement a lieu, c'est presque toujours une adénite inflammatoire qui se produit.

Nous avons distingué le chancre de l'ulcère arsenical, nous verrons plus loin en quoi il diffère du cancroïde.

Au moment où se forme la plaie par laquelle doit sortir le bourbillon, le *furoncle* se présente avec un fond grisâtre et soulevé et des bords durs qui rappellent le chancre; mais, le début par une élevure conique, la douleur, la sortie du bourbillon suivie de guérison rapide, l'absence d'adénite ou sa nature inflammatoire et

douloureuse, sont autant de caractères du furoncle qu'on ne rencontre jamais dans le chancre.

Aux commissures des lèvres on observe deux sortes de lésions qui peuvent, jusqu'à un certain point, simuler le chancre de cette région.

Ce qu'on a désigné sous le nom de *plaques opalines* chez les enfants, plaques qui deviennent ulcères, se distingue du chancre à l'aide des commémoratifs, et surtout par l'absence d'induration et d'adénopathie spécifiques.

Chez les *fumeurs*, les *plaques ulcéreuses* qui surviennent à la suite des brûlures répétées produites par la pipe, présentent un fond grisâtre, dur, des bords irréguliers et peuvent ressembler au chancre infectant; mais ces plaques sont douloureuses, l'engorgement sous-jacent est plutôt un empâtement œdémateux qu'une induration cartilagineuse, et, de plus, l'adénopathie fatale du chancre manque dans cette affection.

II. Ulcères de cause générale.

1° *Carcinome.*

Il s'agit ici du cancer primitif de la peau du visage, et non du cancer consécutif à un pseudoplasme de même nature développé dans les parties voisines. C'est une maladie assez rare à la face.

Nous avons indiqué, dans notre tableau général, les caractères distinctifs du carcinome fournis par l'histologie pathologique ; les symptômes cliniques ont été aussi sommairement énoncés ; nous reviendrons ici uniquement sur ces derniers signes, de beaucoup les plus importants.

Le cancer primitif de la peau revêt ordinairement les formes du squirrhe, de l'encéphaloïde et de la mélanose.

Le *squirrhe* débute par un ou plusieurs petits tubercules durs, incompressibles, développés dans l'épaisseur du derme. Ce tubercule est le plus souvent indolent, ainsi que dans les variétés suivantes ; le

malade n'y prend garde, et ne vient consulter le chirurgien que lorsque surviennent les douleurs.

La charpente fibreuse du squirrhe, solide et à mailles serrées, l'absence de vaisseaux au centre des tumeurs qu'il forme rendent compte de son accroissement lent, de sa propagation difficile, de son ramollissement tardif; les ulcérations qu'il présente creusent plus profondément que celles de l'encéphaloïde et diffèrent encore de ces dernières par l'absence de végétations à leur surface et le peu d'abondance du suc cancéreux. L'engorgement ganglionnaire, l'infection générale n'apparaissent jamais de bonne heure, et, si cette infection a lieu, c'est de l'encéphaloïde et non du squirrhe qui se produit. C'est la forme la plus rare du cancer cutané.

L'encéphaloïde débute par une petite tumeur dont le développement est parfois si rapide, que la période de crudité est difficile à saisir. La tumeur se ramollit, devient pulpeuse, cérébriforme, l'ulcère présente des bosselures, des végétations; le suc est abondant, laiteux. Cette marche rapide, la grande vascularité de l'encéphaloïde rendent compte de la promptitude avec laquelle s'effectuent l'infection ganglionnaire, la pénétration du cancer dans les veines et sa généralisation dans l'économie. Plus ou moins mêlé de mélanose, l'encéphaloïde est la forme de cancer qu'on observe le plus souvent à la peau.

Mélanose. On trouve dans la thèse de Michon (du Cancer cutané, thèse de concours, 1848) plusieurs observations de cancer mélané du visage, une de Lisfranc, trois empruntées à la nosologie naturelle d'Alibert, une autre due à Jurine, et enfin une dernière fournie par l'auteur qui décrit comme il suit cette affection :

« La première apparition du mal est signalée par une tache bleuâtre ou violacée, ou tout à fait noire, qu'on aperçoit par transparence au-dessous de l'épiderme, qui donne lieu à un sentiment de prurit et quelquefois à des élancements... Cause ordinairement fort incertaine. Peu à peu la tache augmente et prend la forme d'un tubercule, d'une tumeur noire au sommet, bistrée ou olivâtre à la base. Si on

enlève l'épiderme, on trouve le derme noir, comme fendillé, quelquefois lisse et brillant. Lorsque le tubercule a acquis un volume plus considérable, il se fait une excoriation au sommet, et bientôt une ulcération dont les bords s'indurent de plus en plus, s'épaississent, se renversent, sécrètent une sanie sanguinolente d'un aspect roussâtre, et donnent parfois lieu à des hémorrhagies. Ces ulcères sont d'une opiniâtreté remarquable, et Alibert prétend que c'est une des variétés de cancer qui repullule avec le plus de ténacité après l'extirpation. » (Michon, *loc. cit.*, p. 60.)

Quelle que soit la *variété* que l'on rencontre, le cancer présente toujours un ensemble de symptômes qui le font reconnaître.

Le développement de l'affection, qu'il soit plus ou moins rapide, s'y fait toujours remarquer par l'envahissement de tous les tissus sans distinction. L'ulcère, lorsqu'il s'est produit, peut varier d'aspect, mais présente, en général, tous les caractères d'un ulcère de mauvaise nature. Sa surface est sanieuse, irrégulière, ses bords saillants, blafards, rougeâtres ou noirâtres; elle offre tantôt des anfractuosités profondes, tantôt des bourgeons charnus exubérants, de véritables fongosités; le liquide qu'il fournit n'est pas un véritable pus, mais un liquide ténu, séreux, grisâtre ou séro-sanguinolent, d'une odeur fétide, qu'on appelle ichor cancéreux. Un symptôme de grande importance pour le diagnostic, ce sont les douleurs ; elles manquent rarement, et consistent le plus souvent dans la sensation d'élancements violents comparés à la pénétration d'une aiguille, d'un poignard ou d'un fer rouge dans la tumeur (douleurs lancinantes). L'engorgement ganglionnaire se montre ordinairement de bonne heure et acquiert de la valeur surtout quand les glandes sont multiples, agglomérées en une masse unique adhérente à la peau. Enfin, il est un phénomène qui se montre assez rapidement dans le cancer, et qui ne peut trouver d'explication que dans l'influence délétère qu'exerce sur la constitution la malignité de l'affection; nous voulons parler de la cachexie cancéreuse. Ses symptômes sont les suivants:

amaigrissement plus ou moins prononcé, teinte jaune paille de la peau, qui n'est ni celle de la *chlorose*, ni celle de l'ictère ; troubles des fonctions digestives ; essoufflement, palpitations ; altération profonde du sang, hydropisies ; la fièvre ne s'allume qu'à la fin, les fonctions intellectuelles restent intactes jusqu'à la mort, terminaison fatale de cette funeste maladie.

Diagnostic. — A l'état d'ulcère, le cancer peut-il être confondu avec d'autres solutions de continuité, comme les ulcères syphilitiques ou l'épithélioma? Nous indiquerons plus loin les caractères qui le séparent du *cancroïde*. Les *ulcérations syphilitiques*, à la période tertiaire, ressemblent quelquefois beaucoup à l'ulcère cancéreux ; une gomme ramollie et ulcérée, par exemple, présente souvent un fond dur avec engorgement périphérique, mais, dans la gomme, l'ulcère semble comme l'ouverture rétrécie d'une cavité plus étendue, le fond est putrilagineux, comme gangréneux, et, du reste, comme pour les autres syphilides appartenant à cette période d'évolution de la diathèse, l'existence d'accidents syphilitiques antérieurs, la multiplicité des lésions concomitantes, leur mode de développement, leur marche, l'amélioration assez rapide obtenue par l'iodure de potassium éclairent promptement le diagnostic.

2° *Epithélioma.*

Ce pseudoplasme a des siéges de prédilection et c'est surtout la peau des lèvres et de la face qui a le triste privilége d'être le plus souvent envahie; ainsi, sur 90 faits rassemblés par Lebert, on le trouve vingt fois aux lèvres, vingt-deux fois à la face. Dans 250 faits réunis par Heurtaux, la maladie n'existe que 69 fois sur le reste du corps et 190 fois à la face, dont 85 aux lèvres, 19 aux paupières, 22 au nez, 29 aux joues, etc. La lèvre inférieure surtout est atteinte, et particulièrement sa moitié gauche, dans la proportion de 3 à 1: il en est de même aux paupières.

C'est de 40 à 50 ans que le cancroïde a son maximum de fré-

que le sexe féminin, dans la proportion de 3 à 1, environ : ainsi, sur 257 cas, Heurtaux a compté 182 hommes et 65 femmes. L'épithélioma des lèvres est plus fréquent chez l'homme que chez les femmes dans la proportion de 9 sur 10. L'influence de la malpropreté et des irritatations répétées ou permanentes peut être admise à titre de cause prédisposante, mais peut également être contestée. Quant à l'hérédité, si bien prouvée pour le cancer, son influence a été peu étudiée; Paget l'a notée 7 fois sur 20, Heurtaux, 1 fois sur 10.

Les produits corpusculaires de l'épithélioma, cellules, corps granuleux, matière amorphe, globes épidermiques, etc., se déposent au sein des tissus envahis par le pseudoplasme ; et, suivant le siége primitif de ces formations, on a pu en distinguer plusieurs espèces qui sont : 1° *l'épithéliome papillaire*, 2° *l'épithéliome dermique*, 3° *l'épithéliome folliculaire* ou *glandulaire*. Le premier commence par une hyperémie et une hypertrophie des pupilles avec épaississement de l'épiderme ; le second envahit toute l'épaisseur du derme ; la troisième espèce, bien décrite par M. Verneuil, débute par les glandes de la peau ou par les follicules pileux ; il y a hypergénèse des élements anatomiques du pseudoplasme dans les culs-de-sac de ces glandes qui finissent par se perforer, et les produits morbides s'infiltrent alors dans les parties voisines, s'enfoncent sans obstacle dans le tissu cellulaire, suivent les gaînes des vaisseaux et des nerfs, gagnent le tissu musculaire, compriment les artères, s'introduisent dans les veines dont ils usent les parois et envahissent les vaisseaux lymphatiques.

Quel que soit le siége ou le mode de formation de l'épithélioma, son accroissement est constant, et au bout d'un temps variable, l'ulcération se produit.

« La surface ulcérée peut varier, comme dimensions, depuis 1, 2, jusqu'à 10 ou 12 centimètres et plus. Le fond est taillé de la façon la plus irrégulière ; en quelques points ce sont des excavations profondes, ailleurs des bourgeons charnus exubérants, saignant au moindre contact, qui dépassent le niveau des parties voisines. Cette sur-

quence, et le sexe masculin compte un plus grand nombre de malades face est tantôt rouge, terne et violacée, tantôt grisâtre, pointillée de rouge ou couverte d'un enduit pulpeux ; elle sécrète un liquide séreux d'une odeur fétide...... Dans les espèces de cavernes dont est creusé l'ulcère, il n'est pas rare de remarquer une matière blanchâtre, caséeuse, composée de grumeaux, comme pelotonnée, détritus d'éléments épithéliaux. Les bords de l'ulcère ont la forme de bourrelets saillants, rugueux, inégaux, renversés en dehors, d'une dureté squirrheuse, et sont parsemés de bourgeons exubérants, ici taillés à pic, ailleurs inclinés en pente douce vers le fond de l'ulcère; le côté de l'ulcère qui est lubrifié reste humide et rosé, la face périphérique se couvre de croûtes résultant de l'humeur sanieuse desséchée et mêlée aux écailles épidermiques. »

Cette description, empruntée à M. Heurtaux (*Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, art. *Cancroïde*), présente des caractères parfois opposés qui doivent être rattachés aux différentes formes d'épithélioma que nous avons admises. Ainsi, lorsque les glandes hypertrophiées forment la partie fondamentale de la tumeur, l'ulcération a une grande tendance à bourgeonner; on voit de tous côtés s'élever de véritables champignons d'une couleur rosée, mollasses et saignant au moindre attouchement. Si la néoplasie est essentiellement caractérisée par la prolifération de l'épithélium des papilles, l'ulcération présente une consistance plus grande, elle a moins de tendance à devenir végétante, sa surface se recouvre d'une couche noirâtre de cellules épithéliales desséchées et déformées; cette couche est très-adhérente, et si on l'arrache on produit le plus souvent une hémorrhagie.

La douleur peut être vive, lancinante ou peu intense, et ne consister qu'en une sensation de prurit et quelques élancements.

La marche du cancroïde n'est rapide que dans de rares exceptions; mais la tumeur peut sortir de son état stationnaire si on l'irrite d'une façon intempestive, d'où la dénomination de *noli me tangere* qui lui a été appliquée anciennement. C'est l'épithélioma des lèvres,

et surtout la variété dermique qui marche le plus vite. — L'engorgement ganglionnaire se montre à une époque plus ou moins éloignée du début du mal, en rapport habituellement avec la rapidité de la marche de l'affection.

L'épithélioma n'altère la santé générale qu'après un temps souvent fort long, à moins qu'il n'ait atteint un organe important. Ce n'est que tardivement que le malade, épuisé par une suppuration longue et fétide, perd ses forces, maigrit, devient d'un jaune terne et meurt, épuisé par la douleur ou l'infiltration œdémateuse des tissus. Mais il est assez rare que dans cette période de cachexie il y ait infection générale, formation d'épithéliomes multiples dans les viscères.

Diagnostic. — Le cancroïde, à l'état d'ulcère, ne peut être confondu qu'avec certains ulcères scrofuleux ou syphilitiques et avec le carcinome.

Les *ulcères scrofuleux* se montrent de préférence chez de jeunes sujets. A la bouche ils occupent, dans la majorité des cas, la lèvre supérieure, donnant ainsi à la physionomie un cachet tout particulier ; ils s'étendent beaucoup plus en largeur qu'en profondeur ; leur circonférence est bordée de tubercules facilement reconnaissables ; leur base est plutôt empâtée que réellement indurée comme dans le cancroïde ; leurs bords sont mous, déchiquetés, violacés et ne se renversent pas en dehors ; ils sont peu douloureux et ne présentent pas d'élancements par accès irréguliers. En cas de doute on interrogerait les antécédents et les phénomènes concomitants.

Parmi les *ulcères syphilitiques*, le *chancre induré*, par son siége insolite, par l'aspect de son fond, l'induration de sa base et la présence d'un engorgement ganglionnaire, est surtout celui qui prête à l'erreur, et la confusion a été malheureusement commise. S'il s'agit d'une femme, il devient très-probable qu'elle porte un chancre labial, puisque l'existence du cancroïde de la lèvre est exceptionnelle chez la femme. De même si le siége du mal est sur la lèvre supé-

rieure et si le malade a moins de 40 ans, on pensera plutôt à un chancre syphilitique. Il faut noter aussi le mode de début et la marche de l'ulcère spécifique, l'apparition précoce de l'adénopathie sous-maxillaire et, parfois, l'existence d'une roséole.

Les *ulcérations* de la période *tertiaire* seront généralement distinguées par leur marche, le peu d'induration de leurs bords, les accidents syphilitiques concomitants ou antérieurs et l'action curative de l'iodure de potassium.

Pour le *carcinome*, nous avons indiqué les caractères différentiels fournis par l'examen micrographique, et cet examen peut être pratiqué puisque, dans le plus grand nombre des cas, il est facile d'enlever sans danger un petit fragment de la surface malade et de le soumettre au microscope. Les différences cliniques peuvent se résumer ainsi : Dans le cancer la marche est rapide, la cachexie survient de bonne heure, indépendamment du siége et de l'étendue de l'ulcération; l'action sur les glandes lymphatiques se produit ordinairement assez tôt, l'infection générale est très-fréquente et la curabilité extrêmement rare. Dans le cancroïde la marche est le plus souvent très-lente, la cachexie tardive de même que l'action sur les ganglions, l'infection générale très-rare ; la guérison, non pas spontanée, il est vrai, mais après l'extirpation de la tumeur, s'observe assez fréquemment.

3° *Ulcères scrofuleux.*

L'ulcère est la terminaison obligée de la plupart des manifestations de la diathèse scrofuleuse. C'est à la deuxième période d'évolution de la maladie constitutionnelle que l'on voit apparaître l'ulcération ; mais les affections superficielles de la scrofule primitive peuvent se transformer *in situ* en scrofulides ulcéreuses profondes.

La lésion élémentaire qui précède l'ulcération peut varier, être une bulle, une pustule, un tubercule, d'où, sur un fond de caractères communs, certaines variétés de forme et d'aspect qu'il importe de

connaître. C'est cette différence dans la modalité pathogénique qui fait la grande difficulté d'une bonne classification des scrofulides et rend compte des divergences d'opinion des auteurs à cet égard. Ainsi, dans la classification de M. Hardy, fondée sur la lésion élémentaire, ce sont les variétés *pustuleuse* et *tuberculeuse* qui donnent lieu aux ulcérations scrofuleuses. Or, ce que M. Hardy décrit sous le nom de scrofulide pustuleuse est désigné par M. Devergie sous le nom d'impetigo rodens, et par M. Bazin sous celui de lupus acnéique. Ce dernier auteur réunit sous la dénomination de *crustacées ulcéreuses* les scrofulides qui se terminent par l'ulcération, quelle que soit la lésion primitive, et les divise en deux sections : 1° les *scrofulides ulcéreuses inflammatoires*, comprenant le rupia, l'ecthyma scrofuleux et le tubercule cutané simplement inflammatoire; 2° la *scrofulide ulcéreuse fibro-plastique* fournie par le tubercule fibro-plastique du lupus exedens (1).

Quoi qu'il en soit, l'ulcère scrofuleux présente dans son évolution trois phases: une première constituée par l'éruption cutanée; la deuxième formée par l'ulcère; la troisième comprenant la cicatrisation.

A la première période il se produit une bulle de rupia ou une pustule d'ecthyma, dont la croûte en forme d'écaille d'huître ou de patelle est caractéristique, ou bien un tubercule cutané. Ce tubercule, d'après M. Bazin, peut être de nature différente: c'est tantôt une grosse papulo-pustule inflammatoire, inégale, plus ou moins douloureuse, tantôt un tubercule fibro-plastique (lupus) d'un rouge obscur, livide, comme demi-transparent, indolore, comme élastique et formant des groupes ordinairement plus étendus que dans le cas précédent.

Ces lésions aboutissent en définitive à la formation d'une croûte

---

(1) Bazin. Leçons sur la scrofule.

d'un brun noirâtre, épaisse, enchâssée dans la peau, formée de couches superposées assez souvent concentriques.

Sous la croûte on trouve une surface ulcérée plus ou moins irrégulière, excavée et anfractueuse, ou bien saillante et fongueuse, granuleuse, rouge ou d'un blanc rougeâtre, imbibée d'une humeur sanieuse plus ou moins fétide qui se dessèche rapidement et forme de nouvelles croûtes. Les bords sont déchiquetés, irréguliers ; ils ne sont pas taillés à pic, mais minces et décollés ; ils sont habituellement rouges, un peu tuméfiés, légèrement sensibles à la pression ; il y a en même temps gonflement du tissu cellulaire sous-cutané, caractère important à connaître. Dans le lupus on remarque souvent, sur les confins de l'ulcère ou de la croûte, des tubercules siégeant sur une peau rouge et indurée. Cette induration des bords ne s'observe pas dans la scrofulide ulcéreuse inflammatoire. On voit quelquefois l'ulcère se cicatriser en partie, et même cette cicatrisation partielle imprime un cachet particulier aux ulcères scrofuleux pendant leur durée ; mais ce sont toujours des cicatrices vicieuses, des brides, des lames, des ponts, des ouvertures fistuleuses conduisant dans des clapiers, etc., et sur ces cicatrices on voit souvent se former de nouveaux tubercules et de nouveaux ulcères.

La scrofulide ulcéreuse siége surtout à la face, et, parmi les organes de cette région, c'est surtout le nez ou ses alentours qui ont le privilége d'être envahis. L'ulcération peut s'étendre en largeur et en profondeur ; en largeur, par le développement, à la circonférence de l'ulcère, de nouveaux tubercules qui se ramollissent et s'ulcèrent rapidement, en restant superficiels ; en profondeur, de deux manières : ou bien la surface est plus ou moins étendue et l'ulcération, dans sa marche envahissante, détruit les cartilages et les os eux-mêmes, ou bien un tubercule rouge, isolé se montre sur l'aile du nez, se ramollit peu à peu et bientôt l'aile du nez est perforée (lupus térébrant, qu'on observe aussi à la commissure labiale). Quelquefois, mais bien plus rarement que dans la syphilis, la lésion commence

par la muqueuse et se propage d'un côté vers la peau, à travers les cartilages, et de l'autre vers les parties profondes qu'elle détruit. Lorsque la maladie débute par la lèvre (la supérieure ordinairement), elle la dévore pour ainsi dire, met les gencives à nu et peut ensuite envahir les maxillaires. A l'œil, la perte des paupières, des ophthalmies graves, l'ectropion, la cécité peuvent être le résultat de cette affection.

La scrofulide ulcéreuse a une durée fort longue, souvent de plusieurs années, ce qui n'a pas lieu pour la syphilis ; elle a une marche envahissante, produit de vastes destructions, des plaies hideuses, et ne guérit la plupart du temps qu'au prix de cicatrices difformes et d'infirmités réelles.

Diagnostic. Les ulcères scrofuleux ne peuvent guère être confondus qu'avec les ulcères cancéreux et les ulcères syphilitiques.

En faveur de l'ulcère scrofuleux il y a d'abord ce qu'on a appelé la constitution scrofuleuse dont voici les caractères : tête trop petite ou trop grosse, surtout postérieurement, front bas, tempes aplaties, face pâle ou vivement colorée par plaques, traits gros, lèvres épaisses, mâchoires fortes, yeux d'un bleu tendre, sans expression, sclérotiques bleuâtres, cils longs, système pileux peu abondant, à développement tardif, défaut d'harmonie entre les diverses parties du corps; poitrine souvent étroite, ventre gros, chairs flasques, articulations volumineuses, pieds et mains très-grands, appétit souvent vorace; intelligence vive ou bornée et même nulle, mollesse, apathie ; puberté tardive, leucorrhée, etc.; enfin, chloro-anémie, sang décoloré, augmentation de l'eau, diminution de la fibrine et des globules. On recherchera ensuite les manifestations antérieures de la maladie constitutionnelle, gourmes dans l'enfance, eczéma, impetigo, blépharite, ophthalmie, otorrhée, engorgement des ganglions du cou qui forment un relief autour des mâchoires, etc. Il faut tenir compte aussi de l'hérédité, cause la plus commune, et des phénomènes concomitants, caries osseuses, etc.

Ces caractères peuvent servir à éclairer le diagnostic ; mais, comme deux diathèses ne s'excluent pas, ils ne présentent pas toujours une importance égale, et les signes objectifs que nous avons décrits ont une valeur beaucoup plus considérable.

Le *carcinome* ulcéré, avec les caractères qu'il présente et surtout le bourrelet saillant qui l'entoure, ne saurait être pris pour une scrofulide ulcéreuse dans laquelle ce bourrelet n'existe jamais.

Le *cancroïde* offre plus de ressemblance avec l'affection qui nous occupe ; mais il débute en général par une lésion unique, et le lupus par un groupe de tubercules ; sa circonférence offre des bosselures noueuses, dures et plus volumineuses que les tubercules de l'aréole du lupus ; de plus, la plaie tend à végéter, à se renverser en dehors, elle présente un aspect ichoreux particulier et elle est habituellement accompagnée de douleurs lancinantes. L'âge peut encore servir à établir le diagnostic, l'épithélioma ne se développant que de 40 a 60 ans, tandis que la scrofulide ulcéreuse se montre le plus ordinairement chez des sujets peu avancés en âge.

C'est la *syphilis* qui revêt le plus souvent les traits de la scrofulide ulcéreuse. Afin d'éviter des redites inutiles, nous établirons le parallèle comparatif de ces deux affections à propos des ulcères syphilitiques dont nous allons maintenant entreprendre l'étude.

4° *Ulcères syphilitiques.*

Le virus syphilitique, introduit dans l'économie, y détermine une maladie générale ou constitutionnelle qui, en se développant successivement d'après les lois ordinaires d'évolution, amène, après un certain temps, la production de lésions variables quant à leur mode d'origine, mais offrant toutes des caractère communs aux affections syphilitiques et dont la terminaison habituelle est l'ulcération.

Comme pour l'ulcère scrofuleux, nous pouvons distinguer trois phases dans l'évolution d'un syphilide ulcéreuse : 1° Eruption, 2° Ulcère, 3° Cicatrice.

Dans la période d'éruption, il se forme soit une vésico-pustule, soit un tubercule, soit une gomme sous-cutanée. De là divers modes de production et divers aspects de l'ulcération et de la croûte que nous indiquerons pour chaque variété de syphilide.

Les ulcérations présentent en général les caractères suivants: forme arrondie, bords nets et taillés à pic, non décollés; fond grisâtre, comme pseudo-membraneux; pus sanieux, fétide, très-plastique; auréole brune cuivrée. Les croûtes, plus ou moins étendues, présentent une coloration d'un vert noir, tout à fait spéciale; elles sont épaisses, inégales, stratifiées, bombées au centre, très-adhérentes, comme enchâssées dans la peau qui les entoure; on les a comparées à des écailles d'huître.

Les cicatrices, variables d'étendue et de forme selon l'ulcère, sont ordinairement lisses, régulières, un peu déprimées. Elles présentent, daus les premiers temps, des arborisations vasculaires et une coloration d'un brun violet ou rouge cuivré, souvent plus marquée qu'elle ne l'était autour des ulcérations, puis elles blanchissent du centre à la circonférence, et la coloration disparaît ainsi que les arborisations vasculaires. Cette atrophie des capillaires a été donnée comme pouvant servir à distinguer les cicatrices syphilitiques des cicatrices scrofuleuses dans lesquelles les arborisations vasculaires, au lieu de disparaître, augmentent avec le temps.

On peut admettre trois formes de syphilides ulcéreuses: 1° la *syphilide pustulo-ulcéreuse;* 2° la *syphilide tuberculo-ulcéreuse;* 3° la *syphilide gommeuse.*

Nous décrirons succinctement ces diverses formes, en établissant pour chacune d'elles le diagnostic différentiel avec les affections scrofuleuses qui s'en rapprochent.

1° *Syphilide pustulo-ulcéreuse.* — L'éruption débute soit par une pustule d'ecthyma profond, soit par plusieurs petites pustules, semblables à celles de l'impétigo, soit par des pustules bulleuses conte-

nant un mélange de sang, de pus et de sérosité (rupia). Ces vésico-pustules se rompent vite et donnent naissance à des croûtes épaisses, adhérentes, d'un noir verdâtre caractéristique. La croûte de l'ecthyma est bombée au centre, et ses bords sont enchâssés dans la peau ; celles de l'impétigo débordent la surface ulcérée, sont granuleuses et moins saillantes ; dans le rupia, les croûtes sont noirâtres, élevées, coniques, stratifiées comme une écaille d'huître, ce qui vient de l'adjonction à la croûte initiale de croûtes périphériques résultant d'un soulèvement bulleux épidermique plusieurs fois répété, et dont la sérosité séro-sanguinolente s'est concrétée.

L'ulcération présente une étendue variable; les bords en sont taillés à pic, le fond inégal, quelquefois rougeâtre, le plus souvent grisâtre et comme lardacé, le pus sanieux, très-plastique, etc. La marche de l'affection est chronique, en rapport aussi avec l'état général du sujet.

Diagnostic. — *L'ecthyma cachecticum simplex* ne saurait être confondu facilement avec la syphilide pustulo-ulcéreuse. Il se rencontre chez les vieillards et les enfants, présente des pustules plus rapprochée et des ulcérations d'aspect différent. D'ailleurs il siége presque exclusivement aux membres inférieurs.

L'impetigo scrofuleux se reconnaîtra à ses croûtes jaunes, flavescentes et surtout à l'absence d'ulcération.

L'ecthyma et le *rupia* scrofuleux sont plus faciles à confondre avec l'ecthyma et le rupia syphilitiques. Mais, dans l'affection scrofuleuse, l'éruption est ordinairement plus étendue, l'auréole d'un rouge bleuâtre, les croûtes de couleur brun jaunâtre, les ulcères fongueux, rougeâtres, à bords décollés, les cicatrices saillantes, d'un blanc rosé, souvent kéloïdiennes, tandis que dans la syphilide pustulo-ulcéreux, l'auréole est cuivrée, les croûtes d'un noir verdâtre, les ulcères grisâtres à bords tailles à pic, les cicatrices unies, etc. On tiendra compte aussi des signes fournis par les antécédents et par les phénomènes concomitants.

2° *Syphilide tuberculo-ulcéreuse.* — La lésion élémentaire est un tubercule cutané. Le tubercule fibro-plastique est rénitent, élastique dans la syphilis comme dans la scrofule ; mais, dans la première maladie, il est brun cuivré, tandis qu'il est livide ou demi-transparent et d'un jaune rougeâtre dans la seconde.

La syphilide tuberculo-ulcéreuse présente deux variétés, selon qu'elle s'étend en profondeur (*syphilide tuberculo-ulcéreuse perforante on phagédénique*) ou qu'elle s'accroît en superficie (*syphilide tuberculo-ulcéreuse serpigineuse*).

PREMIÈRE VARIÉTÉ. *Syphilide tuberculo-ulcéreuse phagédénique ou perforante* (Lupus syphilitique). — Cette affection siége le plus souvent sur le visage, au nez ou aux lèvres. Des tubercules ordinairement disposés en groupes qui se rencontrent pour former des segments de cercles apparaissent sur un fond rouge sombre, se ramollissent rapidement et se couvrent d'une croûte d'un vert noirâtre, très-épaisse, rugueuse, saillante et bombée, ou ne dépassant pas le niveau des téguments, par suite de la profondeur de l'ulcère qui alors enchâsse les bords de la croûte. L'ulcération, d'abord superficielle, gagne toute l'épaisseur du tubercule, envahit tous les tissus sans être arrêtée ni par les cartilages, ni par les os, et peut détruire, avec une grande rapidité, les ailes du nez, le voile du palais, une portion des lévres, des joues, etc. Cet ulcère est profond, anfractueux, le fond est grisâtre, les bords taillés à pic, durs et d'un rouge sombre, le pus est sanieux, fétide, et se concrète facilement. Il n'y a aucune réaction locale ou générale ; les douleurs ou la cachexie, quand elles existent, appartiennent à des exostoses concomitantes ou à la syphilis elle-même. Cette affection, toujours de longue durée, se termine ordinairement par la guérison, mais souvent au prix de difformités fâcheuses.

DEUXIÈME VARIÉTÉ. *Syphilide tuberculo-ulcéreuse serpigineuse.* — La forme serpigineuse, qu'on observe le plus souvent à la suite des tu-

bercules, peut exister aussi quand l'élément primitif est une pustule ou une gomme. On la rencontre plus fréquemment autour des articulations, à la face externe des membres, etc., qu'à la région faciale où elle s'observe cependant quelquefois. Son caractère particulier est de s'étendre d'un côté, le plus souvent par un mouvement centrifuge incomplet, pendant qu'elle se cicatrise de l'autre, présentant de la sorte, ici, des cicatrices, là, des surfaces ulcérées, à côté, des intervalles de peau saine, et s'avançant en forme de tranchée, un sillon assez large, recouvert de croûtes épaisses, d'un brun verdâtre. Les caractères de l'ulcération sont ceux que nous avons assignés aux syphilides ulcéreuses, moins la profondeur, qui n'est jamais considérable.

Diagnostic de la syphilide tuberculo-ulcéreuse. — La syphilide serpigineuse a pu être confondue avec le *chancre phagédénique* de date ancienne : mais le chancre phagédénique ne se voit pas à la face ; il ne présente aucun symptôme de syphilis générale, et, signe caractéristique, son pus est inoculable.

La *scrofulide serpigineuse* se distingue de la syphilide de même nom par sa teinte plus pâle, ses bords irréguliers, décollés, l'état fongueux et saignant de sa surface, son pus séreux, sans consistance, ses croûtes blanches, jaunes ou noires, mais jamais verdâtres comme celles des syphilides, par l'absence de l'auréole cuivrée et par des cicatrices bridées comme celles des brûlures. On examinera, en outre, les phénomènes antérieurs ou concomitants.

Les caractères qui séparent le *lupus scrofuleux* du lupus syphilitique se tirent de : la couleur des tubercules primitifs qui sont livides, demi-transparents, d'un rouge ocreux et non cuivrés comme ceux de la syphilis ; l'aspect de l'ulcère, qui est fongueux, saignant, à bords décollés, irréguliers, déchiquetés ; la coloration des croûtes, qui ne sont jamais d'un vert noir ; la pâleur ou la rougeur tendre de l'auréole ; la nature des cicatrices, qui sont le plus souvent saillantes,

kéloïdiennes et vasculaires. En outre, le lupus s'accompagne d'exostoses et de nécroses dans la syphilis, de carie dans la scrofule; il y a fréquemment, dans le premier cas, des douleurs ostéocopes plus ou moins intenses, fixes, augmentant par la pression et redoublant d'intensité pendant la nuit. Ces douleurs n'existent pas dans la scrofule.

Lorsque l'affection ulcéreuse occupe le nez et les fosses nasales, on doit s'enquérir de l'état de la cloison. Selon M. Bazin, si on la trouve perforée, ce sera une raison de croire à la nature syphilitique de l'ulcération, le lupus syphilitique ayant une tendance marquée à débuter par la muqueuse pour s'étendre consécutivement à la peau, tandis que le lupus scrofuleux débute plus souvent par les téguments pour envahir ensuite la muqueuse.

On peut encore confondre la syphilide tuberculo-ulcéreuse avec le *cancroïde* ulcéré; mais, dans cette maladie, l'ulcère est unique et ne se développe qu'avec une grande lenteur; il ne présente ni les croûtes ni l'auréole cuivrée spéciales à la syphilis; ses bords sont renversés en dehors et forment un bourrelet induré caractéristique. On pourrait avoir recours à l'examen micrographique; mais, comme pour le *carcinôme*, les caractères cliniques suffisent pour établir le diagnostic; la nature du liquide fourni par l'ulcère, ichor cancéreux fétide, les douleurs lancinantes, l'engorgement ganglionnaire, ne peuvent permettre longtemps le doute.

3° *Syphilide gommeuse.* — La syphilide gommeuse débute par une ou plusieurs tumeurs dures, arrondies, très-peu volumineuses d'abord, qui augmentent peu à peu, sans jamais atteindre cependant de proportions bien considérables. Ces tumeurs, qui roulent sous le doigt, semblent adhérer par un pédicule à la partie profonde de la peau. Lorsqu'elles doivent s'ulcérer, c'est par le centre que commence le ramollissement; la base reste indurée. Du côté extérieur on ne tarde pas à voir la peau changer de coloration, devenir légè-

rement violacée et contracter des adhérences avec la tumeur; la coloration se prononce de plus en plus, passe au brun foncé ou rouge sombre cuivré, les téguments s'amincissent et la tumeur arrive à la période d'ulcération. Celle-ci peut se faire de deux manières, soit par une ouverture centrale avec décollement périphérique, soit par plusieurs crevasses reliées entre elles par des sortes de ponts qui se détruisent bientôt. Il en sort une matière d'aspect purulent ou séro-sanguinolent, ou bien une matière d'apparence de colle ou de gomme souvent jaunâtre, avec de petits grumeaux semblables à ceux qu'on rencontre dans un pus mal lié, toujours d'une fétidité plus ou moins grande.

L'ulcère présente des caractères variables, selon que les tumeurs sont isolées ou agglomérées. Dans le premier cas, l'ouverture est arrondie, comme taillée à l'emporte-pièce; on dirait l'orifice rétréci d'une cavité plus étendue; la hauteur des bords varie suivant la profondeur du fond, sur lequel on aperçoit toujours une matière jaunâtre, concrète, semblable à une espèce de bourbillon et dont la présence est regardée comme caractéristique des gommes ulcérées. La base de la tumeur est toujours entourée d'un cercle rouge sombre ou cuivré. Dans le cas de gommes agglomérées dont tous les ulcères individuels sont réunis en un ulcère unique qui peut avoir jusqu'à 8 ou 10 centimètres de diamètre, voici, d'après M. Bazin, quels sont les caractères qui permettent de reconnaître la nature de l'affection :

« D'abord, la circonférence de l'ulcère, dans beaucoup de cas, est sinueuse et frangée, formée par la réunion d'un grand nombre de segments circulaires, ou bien on dirait une bandelette de linge troué, détachée du fond de l'ulcère, sans adhérence avec la partie sous-jacente. Le fond de l'ulcère lui-même est très-remarquable; il n'est pas formé par un plancher unique, il est comme étagé. Sur chaque compartiment on peut voir des perforations qui ne sont autre chose que les ouvertures des gommes plus profondément situées et qui viennent toutes aboutir au foyer commun... Il y a un

autre caractère encore bien important à connaître pour le diagnostic, c'est la présence sur les surfaces ulcérées d'une couche blanchâtre, putrilagineuse, comme gangréneuse, qui caractérise d'une manière positive la nature syphilitique de l'affection. »

Diagnostic. — Les *abcès scrofuleux* sous-cutanés se distinguent des gommes : avant l'ulcération, par leur période d'induration moins longue, leur consistance moins dure, l'envahissement simultané de toute leur masse par la suppuration ; après l'ulcération, par l'amincissement de la peau et son décollement sur toute l'étendue de la poche, par l'auréole violette ou rosée et non cuivrée, par le pus qui est semblable à du petit lait, d'une odeur fade, par la cicatrisation beaucoup plus lente, etc.

L'ulcère syphilitique produit par les gommes simule parfaitement, dans un grand nombre de cas, l'ulcère de la *scrofulide profonde*. On aura recours, pour établir le diagnostic, surtout aux caractères propres de l'ulcère, en tenant compte, bien entendu, des antécédents du malade et des affections concomitantes lorsqu'il en existera. Le tubercule de la scrofulide est bien différent de la tumeur gommeuse. Le premier fait corps avec la peau ; dans la gomme la peau est intacte et seulement amincie ; nous avons vu que la coloration n'est pas la même.

La syphilide gommeuse a été décrite par beaucoup d'auteurs, notamment par Rayer et Bassereau comme une syphilide tuberculo-ulcéreuse. M. Bazin admet que la gomme est constituée par une altération spécifique des glandes sudoripares et la décrit sous le nom d'*hydrosadénite syphilitique*. D'après M. Robin, les gommes syphilitiques siégeant dans le périoste les muscles, la peau, les séreuses, le cœur, etc., sont formées de cytoblastions principalement, de corps fusiformes fibro-plastiques et de matière amorphe.

Nous ne reviendrons pas sur les caractères objectifs que nous avons assignés aux gommes ulcérées. Les *ulcères scrofuleux profonds*, par l'ensemble des phénomènes qu'ils présentent, se distinguent

assez nettement des ulcères gommeux : par leur coloration vive ou livide et grisâtre ; par leur fond excavé ou anfractueux, fistuleux, ou bien granuleux, saillant et fongueux ; par l'aspect de leur croûte d'un brun noirâtre ; par la forme de leurs bords, le plus souvent amincis, décollés, avec empâtement circonférentiel ; par la nature du pus qu'ils fournissent, ordinairement peu sanieux, ténu, clair, mêlé de grumeaux ; par leurs cicatrices presque toujours difformes, kéloïdiennes et non arrondies, déprimées, régulières comme les cicatrices des gommes.

Dans le cas où le doute subsisterait (et cette remarque s'applique à toutes les affections ulcéreuses précédemment étudiées) on aura recours au traitement spécifique. De toutes les manifestations tertiaires de la syphilis, la tumeur gommeuse est certainement celle qui cède le plus facilement à un traitement bien dirigé.

On voit parfois, quoique assez rarement, la cachexie accompagner les ulcères syphilitiques ou scrofuleux.

Les caractères de la *cachexie syphilitique* sont, d'après Auguste Dumoulin : « Abattement, prostration des forces, amaigrissement souvent porté à un degré extrême, sécheresse et décoloration de la peau qui est plutôt terne que blanche, insomnie, douleurs très-vives, fétidité très-prononcée de l'haleine, même en l'absence d'ulcérations de la gorge, enfin diarrhée et fièvre d'abord irrégulièrement intermittente, puis continue. » Si tout cela n'a rien de bien spécial, on ne peut méconnaître toutefois que le vieux syphilitique n'ait dans son habitus extérieur, dans toute sa personne, quelque chose de particulier qu'on ne peut décrire mais que l'expérience fait reconnaître.

Dans la *cachexie scrofuleuse*, la peau est d'une teinte sale ; comme terreuse, molle, flasque, pendante ; il existe une prédisposition particulière aux infiltrations séreuses, infiltrations assez peu considérables ordinairement, mais, en revanche, très-générales, d'où tension du côté des doigts, œdème, bouffissure des lèvres, des paupières et des joues ; l'amaigrissement est un peu prononcé et tardif ; il y a peu

ou point de fièvre et de douleur, mais apathie, torpeur et absence de réactions générales.

S'il est presque toujours possible, à l'aide des nombreux caractères que nous avons énumérés pour chaque espèce de maladie, d'établir d'une manière positive le diagnostic exact des diverses affections ulcéreuses de la face, force nous est d'avouer cependant qu'il est des cas où, pour la syphilis et la scrofule surtout, le diagnostic différentiel est d'une difficulté extrême et parfois même tout à fait impossible.

Il existe dans la science un très-grand nombre de faits de ce genre; tous les praticiens en ont observé plus ou moins, car, maintes fois, en présence de certaines formes de lupus ou de syphilide tuberculeuse, par exemple, ils ont dû hésiter et se borner à dire : scrofule possible, syphilis probable.

Ces faits peuvent être rattachés à deux ordres différents, selon que la maladie est compliquée ou qu'elle ne l'est pas.

Dans le premier cas, il existe à la fois, sur le même point, plusieurs affections de nature différente, et, l'une d'elles, prenant le dessus, masque, par son développement, les caractères de l'autre que l'on ne peut saisir. La complication peut aussi venir du dehors et résulter de l'application intempestive d'une médication irritante qui dénature complétement l'aspect ordinaire de la lésion.

Voici un fait de ce genre, rapporté par M. Guibout (Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, t. IV, 2e série, 1867).

« M. X..., négociant dans le quartier Montmartre, me consulta au mois d'avril dernier pour une maladie de peau siégeant à la lèvre inférieure. Cette maladie qui avait commencé par des boutons, durait depuis bien des années, huit à dix ans au moins. Beaucoup de médecins y avaient passé et beaucoup de traitements divers avaient été employés : pommades de toutes sortes, liniments, cautérisations avec l'acide nitrique pur ou étendu.

En dernier lieu, et pendant cinq mois consécutifs, le pauvre malade fut cautérisé

plusieurs fois par semaine avec de l'acide phénique pur. Une eschare se formait, et à la visite suivante, l'eschare était détachée, puis une nouvelle cautérisation était pratiquée, et ainsi de suite pendant cinq mois. Ce furent, comme on peut le penser, cinq longs mois de douleurs atroces se renouvelant chaque jour et avec aggravation progressive du mal.

C'est alors que le malade se décida à changer une fois encore de médecin, et je fus appelé.

La lèvre inférieure, jusqu'au menton, était le siége d'un gonflement énorme. Au milieu de cette tuméfaction d'un rouge violacé, on voyait une ulcération large, à bords biseautés, à fond bourgeonnant, d'un rouge vif, et sans autre caractère que celui que donne l'inflammation aussi intense qu'on peut la supposer. Tout autour de cette ulcération rayonnait, en manière d'auréole, une surface inégale, bosselée, tendue, douloureuse, et d'une coloration vineuse. Je dois ajouter que, depuis plusieurs années, un usage immodéré d'iodure de potassium avait fini par produire des accidents gastriques, et, par suite, une efflorescence couperosée épanouie sur tout le reste de la figure. De telle sorte que ce malheureux malade avait un aspect hideux.

En présence d'un pareil état deux indications se présentaient tout d'abord : 1° Guérir la plegmasie locale engendrée et entretenue par l'acide phénique (lotions émollientes, bains locaux, cataplasmes de fécule de pomme de terre) ; 2° remédier aux troubles de l'estomac et le mettre en état de supporter plus tard d'autres médicaments, s'il en était besoin. (Boissons tempérantes, opiacées, antispasmodiques, purgatives, amères.)

Au bout d'un mois environ de ce traitement, la teinte couperosée de la face avait pâli notablement, l'ulcération s'était comblée et recouverte d'une peau fine et normale : tout le gonflement avait disparu ; le malade était guéri de son traitement par l'acide phénique ; aussi sa maladie véritable commença à se manifester.

Sur toute l'étendue de la lèvre inférieure, excepté à l'endroit correspondant à l'ulcération, je constatai des tubercules nombreux, confluents, avec un point de suppuration à leurs sommets traversés par les poils de la barbe. Ces poils avaient perdu leur adhérence normale ; une faible traction suffisait pour les arracher, et leur racine présentait cette altération particulière que donne le tricophyton. J'avais donc affaire à un sycosis parasitaire. — Pour traitement, épilation soigneusement pratiquée, et après chaque séance d'épilation, badigeonnage avec un liquide parasiticide.

Quand l'épilation fut complétement terminée et que les tubercules mentagreux se furent affaissés après la destruction des parasites, je vis s'élever d'autres tuber-

cules, isolés, arrondis, plus durs au toucher, sans aucune trace de suppuration, et au milieu d'eux, du côté opposé à l'ancienne ulcération, il s'en forma une nouvelle, spontanée, arrondie, à bords taillés à pic, tranchants, à fond noirâtre et gangréneux.

C'était là évidemment une manifestation nouvelle d'une maladie qui apparaissait pour la première fois, après avoir été dégagée en premier lieu des accidents d'une inflammation artificielle, et, en second lieu, des accidents d'une maladie parasitaire qui l'avaient en quelque sorte comprimée dans son essor et réduite à rester à l'état latent.

Cette nouvelle maladie qui surgissait ainsi, après un sycosis, chez un homme de cinquante et quelques années, qui prétendait n'avoir aucun antécédent syphilitique bien appréciable, éveillait cependant l'idée d'une diathèse vénérienne ; elle s'annonçait, du reste, comme devant produire des dégâts sérieux et rapides.

Mon savant collègue, M. Hardy, voulut bien voir le malade avec moi, et ensemble, nous fûmes d'avis que cette manifestation morbide, inattendue, tardive, ne pouvait être qu'une des formes les plus obscures d'une très-ancienne syphilis que rien n'avait pu jusque-là faire supposer : C'était la forme ulcéro gangréneuse.

Le malade fut mis à l'usage du proto-iodure de mercure et de l'iodure de potassium, et aujourd'hui, après un traitement de trois mois, il est totalement guéri. »

Dans ce cas, il est probable que le premier diagnostic porté a été celui de cancroïde; l'âge du sujet, l'absence d'antécédents syphilitiques, le siége de la lésion, les douleurs résultant de la cautérisation et qu'on pouvait considérer comme spontanées, autorisaient jusqu'à un certain point ce jugement. Le traitement par l'iodure de potassium indique que l'on a admis plus tard l'hypothèse d'une ulcération syphilitique. L'inefficacité de ce traitement longtemps continué, due à la présence du sycosis inaperçu, a dû reporter à l'idée d'un cancroïde, d'où les nouvelles cautérisations, et ce n'est que lorsque l'affection parasitaire a été reconnue et guérie, que la maladie diathésique s'est montrée sous son aspect particulier et a cédé à la médication qui lui convient.

A côté de ce premier ordre de faits, dans lesquels la complication

apparaît comme principale cause d'erreur, se place une seconde classe d'affections ulcéreuses de la face, lesquelles, bien que ne présentant pas cet élément étranger, offrent cependant un tel mélange de caractères ou revêtent si peu le type habituel de la maladie dont elles sont une manifestation qu'elles autorisent le doute et permettent la confusion. La forme de l'ulcération, l'état de ses bords, de son fond, de sa base, de sa circonférence, la nature du pus qu'elle fournit et des croûtes qu'elle présente, se rapportent aussi bien à une maladie qu'à l'autre. Quant au siége, il n'a pas de signification; la scrofule atteint la face tout comme la syphilis. L'ensemble des manifestations de la diathèse et la filiation des symptômes peuvent faire complétement défaut; on voit des cas de lupus détruisant la totalité du nez chez des individus qui n'ont jamais eu de scrofule ganglionnaire et des syphilides ulcéreuses sans accidents primitifs appréciables, sans manifestations ultérieures reconnues et sans phénomènes concomitants observés. La syphilis héréditaire, qu'elle produise ou non des accidents dans la première enfance, n'est-elle pas une source le plus souvent ignorée? Et si un individu qui, pendant la période fœtale, a partagé l'état diathésique de ses parents, ou bien a présenté, peu de temps après sa naissance, des accidents spécifiques, se trouve avoir, au bout de 15, 20 ans et plus, des manifestations ulcéreuses de la maladie constitutionnelle, comment les rattacher à une origine syphilitique si l'on n'est pas renseigné sur l'état des parents et sur ce qui a eu lieu pendant les premières années de la vie? Il n'y a pas jusqu'à l'action curative du traitement spécifique lui-même qui ne puisse être mise au service d'une opinion comme de l'autre. Si la médication iodurée guérit rapidement, en général, les syphilides à la période tertiaire, ne voit-on pas souvent des malades atteints de lupus ou d'affections scrofuleuses des os guérir aussi par l'iodure de potassium, et n'est-ce pas contre les accidents de la scrofule que cet agent a été tout d'abord et heureusement employé? Puis, comment déterminer l'influence qu'exercent l'une sur l'autre deux diathèses

coexistantes, héréditaires ou acquises? Faut-il admettre que ces deux maladies parcourent isolément, sans déteindre l'une sur l'autre, leurs différentes phases d'évolution, ou plutôt, ne doit-on pas reconnaître qu'elles se modifient mutuellement et se combinent entre elles, non pour former des composés bien définis, binaires ou autres, facilement appréciables, mais de manière à amener la production de manifestations hybrides que l'on peut rattacher à l'une tout aussi bien qu'à l'autre?

Cette question du diagnostic différentiel de la scrofule et de la syphilis a été l'objet d'une discussion fort intéressante à la Société médicale des hôpitaux de Paris (Bulletins et Mémoires de la Société médicale, 1865, t. II, 2ᵉ série) à propos d'une malade présentée par M. Hérard. MM. Lailler, Fournier, Guibout, J. Guyot, etc., qui ont pris part à cette discussion, ont produit des faits tendant tous à prouver que, dans bon nombre de cas, les arguments qui plaident en faveur d'une maladie sont fortement contrebalancés par les raisons puissantes que l'on est en droit de faire valoir au bénéfice de l'autre, qu'il n'existe aucun signe absolu de diagnostic, et que souvent la nature exacte de l'affection est extrêmement difficile ou même impossible à déterminer.

Ce que nous disons de la scrofule et de la syphilis peut aussi bien s'appliquer au cancroïde, si souvent confondu avec des ulcérations syphilitiques ou scrofuleuses et dont la nature épithéliale n'a été maintes fois admise qu'en dernier ressort, pour ainsi dire, après les résultats négatifs d'un traitement spécifique. Notons pourtant que dans ces affections, si l'erreur est possible un moment, il existe un élément de diagnostic qui finit ordinairement par faire reconnaître la véritable nature de la lésion, nous voulons parler de la marche constamment envahissante et du retentissement ganglionnaire qui apparaît fatalement au bout d'un temps plus ou moins long. Nous avons vu dernièrement un cas curieux de ce genre dans le service de M. Hillairet à l'hôpital Saint-Louis. L'expulsion de cet homme pour cause

d'inconduite nous a empêché malheureusement de prendre son observation pourtant si intéressante au point de vue qui nous occupe. Cet individu présente, sur la partie latérale gauche du nez, et envahissant la portion voisine de la joue, une ulcération dont nous n'entreprendrons pas de décrire les caractères, nos souvenirs étant trop peu précis sur ce point. Nous ne citons ce sujet, du reste, qu'en raison des opinions différentes émises sur son compte par les nombreux médecins qui l'ont examiné, et il s'est montré à presque tous les praticiens les plus expérimentés de nos hôpitaux. Les uns ont cru à une syphilide, les autres à une affection de nature scrofuleuse ; de là des médications opposées, souvent longtemps continuées, puis quittées puis reprises tour à tour, pour être ensuite abandonnées de nouveau toutes, en somme, sans influence aucune sur l'état de l'ulcère. Aujourd'hui l'on croit à un cancroïde, mais il faut bien reconnaître que c'est plutôt par suite de la marche de la maladie et des résultats négatifs du traitement spécifique qu'en raison des caractères objectifs de la lésion elle-même, laquelle n'a certes pas l'aspect habituel des productions épithéliales.

Pour démontrer combien il est parfois difficile, dans une affection ulcéreuse de la face, de reconnaître la marque de la scrofule ou le cachet de la syphilis, nous empruntons à notre honoré maître M. Lailler, si compétent en pareille matière, les deux exemples suivants, présentés par lui à la Société médicale des hôpitaux de Paris, à propos de la discussion dont nous avons parlé. (Bulletins et Mémoires... 1865, t. II, 2ᵉ série, p. 76.)

Le premier se rapporte à une jeune femme de 24 ans, couturière, d'apparence chétive ; son père a succombé à des abcès froids et sa mère à un cancer au sein. Ils étaient douze enfants, neuf sont morts de la poitrine après l'âge de 20 ans ; il lui reste une sœur qui est folle à la Salpêtrière et un frère malade de la poitrine.

Jusqu'à 20 ans, santé parfaite ; à cet âge, il y a quatre ans, elle a été soignée par M. Boucher, à Saint-Antoine, pour une fièvre typhoïde, à la suite de laquelle elle eut des abcès ganglionnaires à la région sous-maxillaire.

Elle eut ensuite de larges ulcérations aux jambes, pour lesquelles M. Marotte la traita à la Pitié ; il soupçonna l'existence d'une syphilis et prescrivit l'iodure de potassium, que la malade ne put supporter, et auquel il substitua l'huile de morue et le sirop d'iodure de fer. Elle sortit non guérie et entra à Saint-Louis, dans le service de M. Bazin, qui, à son tour, croyant à des accidents syphilitiques, lui fit prendre d'abord de l'iodure de potassium ; puis, après avoir questionné la mère de la malade, qui vivait encore alors, il eut recours à l'huile de morue et au sirop d'iodure de fer. Les jambes guérirent, mais le nez se couvrit de grosses croûtes et d'ulcérations dont on voit encore les traces. Elle sortit guérie de ces manifestations, mais elle rentra, en juillet 1864, dans le service de M. Guibout, pour une ulcération serpigineuse de l'épaule droite qui est à peine guérie ; notre collègue la traita par l'huile de morue, le sirop d'iodure de fer et le perchlorure de fer en topique. Elle sortit non guérie au bout d'un mois, ayant déjà au front une grosseur qui atteignit le volume d'une pomme-d'api, et qu'elle perça avec ses ciseaux.

Elle affirme n'avoir jamais ni aux organes génitaux, ni ailleurs, aucune manifestation qu'on puisse rapporter à la syphilis et toujours des questions analogues lui ont été faites par les médecins qui l'ont soignée.

Il y a deux mois, elle avait depuis quelque temps mal à la tête et de l'abattement, lorsque, pendant son sommeil, on s'aperçut qu'elle perdait du sang par la bouche, le nez et même les oreilles, lui a-t-on dit, car elle était sans connaissance, et fut portée dans le service de M. Axenfeld, à Saint-Antoine. On lui fit prendre de la glace, puis de l'huile de morue, et elle fut soumise à un régime tonique.

Depuis quatre ans, elle n'avait eu ses règles que deux fois ; elle toussait habituellement et crachait assez souvent du sang ; elle continua à en cracher à Saint-Antoine, et eut aussi une métrorrhagie qui dura quatre semaines et s'accompagna de douleurs de ventre.

Lors de son entrée dans mon service, il y a un mois, elle présentait l'état suivant, qui n'est pas encore sensiblement modifié :

Elle est très-anémiée, a des étourdissements, tousse toujours un peu, présente dans les deux poumons les signes d'une tuberculisation commençante, surtout à gauche.

Elle présente aux jambes, au nez et à l'épaule des cicatrices blanches, festonnées, reste des ulcérations dont il a été question précédemment ; elle a aussi des cicatrices sous-maxillaires.

Il y a de plus à la tête, quatre dépressions presque semblables, au fond desquelles existe une croûte recouvrant une ulcération profonde. En un point même,

l'os reste à nu; il existe évidemment une nécrose, soit générale, soit partielle, du frontal et des pariétaux.

Au niveau de la bosse frontale droite, empâtement faisant une légère saillie, siége d'une fluctuation douteuse, ayant tout à fait l'apparence d'une gomme en voie de ramollissement dont cette région est le siége de prédilection.

A la face postérieure de l'avant-bras gauche, existe une tumeur fusiforme, dure, douloureuse, sans changement de couleur à la peau, qui n'est pas adhérente, sans fluctuation, et appartenant évidemment au cubitus.

L'empâtement du front et la tumeur du bras sont le siége de douleurs assez vives qui troublent quelquefois le sommeil.

Depuis son entrée à l'hôpital la malade a eu une légère poussée érysipélateuse à la face.

« Dans ce cas, l'embarras est assez grand, et malgré les antécédents héréditaires évidemment scrofuleux, quoique la succession des phénomènes morbides qu'a présentés cette malade ne laisse guère de place au doute, deux des médecins qui ont eu successivement à soigner cette malade ont commencé par avoir recours à l'iodure de potassium, se berçant de l'espoir qu'au lieu d'une manifestation rebelle de la diathèse scrofuleuse, on pourrait avoir affaire à ces accidents syphilitiques profonds sur lesquels l'iodure de potassium a une si merveilleuse action qu'on a cru pouvoir faire de ce médicament la pierre de touche du diagnostic, opinion que je ne crois pas encore suffisamment justifiée. Malgré les tentatives infructueuses de mes sagaces prédécesseurs, je n'ai pu résister, à mon tour, à la tentation d'adjoindre l'iodure de potassium au traitement antiscrofuleux que j'ai cru devoir instituer, mais à une dose très-faible (10, puis 15 centigrammes). La disparition des douleurs nocturnes et un appétit presque vorace sont les seules modifications obtenues jusqu'ici.

L'histoire de la seconde malade est vraiment lamentable.

C'est une femme de 36 ans, habile ouvrière en dentelles, dont les antécédents héréditaires sont bons; elle a encore sa mère, et son père a vécu jusqu'à 78 ans. Dans son enfance, elle a eu un peu de gourme dans la tête et quelques glandes suppurées au

cou ; elle affirme n'avoir jamais eu aux organes génitaux, ni ailleurs, des accidents qu'on ait pu rattacher à la syphilis dans les nombreux interrogatoires qu'on lui a fait subir ; seulement, son mari avait eu autrefois la syphilis et est mort paraplégique après quelques mois de mariage ; elle affirme n'avoir pas eu de relations sexuelles depuis cette époque.

Six mois environ après la mort de son mari, elle fut prise d'une fièvre intermittente tierce qui, après trois mois de durée, l'obligea à entrer dans le service de M. Bazin, où elle persista encore pendant trois mois. Pendant son séjour à l'hôpital, il lui survint sur les cuisses, les bras et la poitrine, des taches rondes, rouges, sans saillie, ni démangeaisons. On lui fit prendre du sirop alcalin, des bains sulfureux, et on fit sur les boutons des frictions avec l'huile de foie de morue. Elle guérit au bout de trois et quatre mois.

Trois mois environ après, elle rentra dans le même service pour une éruption sous le nez et au front ; elle sortit dans le même état, au bout de trois semaines. Six mois plus tard, elle fit dans le même service, un nouveau séjour de quinze jours.

Neuf mois après sa dernière sortie du service de M. Bazin, elle se réveilla avec la joue gauche rouge et enflée ; huit jours après, il lui vint à la lèvre supérieure deux boutons qui se couvrirent de croûtes jaunes ; elle entra dans le service de M. Devergie, qui lui fit prendre de l'huile de foie de morue, du vin de gentiane, du sirop d'iodure de fer, un sirop composé dans lequel il entrait de la liqueur de Fowler, et des bains sulfureux ; elle guérit au bout de trois mois ; elle allait sortir lorsqu'il lui survint un érysipèle au nez ; puis au front, à côté du premier bouton, il s'en développa un second qui gagna le nez. M. Vidal, remplaçant M. Devergie, changea le traitement, mais qualifia toujours, dit-elle, sa maladie de scrofule. M. Devergie, de retour, reprit son ancien traitement ; le mal allait toujours en empirant.

Notre collègue, M. Hillairet, succédant à M. Devergie, continua le même traitement général et y ajouta une pommade blanche ; le nez guérit complétement ; l'état général devint bon, et, il y a deux ans, cinq mois environ après la disparition des accidents, M. Trélat fit une opération autoplastique à la lèvre supérieure en partie détruite ; la réunion par première intention avait eu lieu lorsque, onze jours après l'opération, il survint un érysipèle ; le mal se reproduisit à la lèvre supérieure et gagna la commissure gauche.

M. Hillairet reprit le même traitement, et en succédant à notre collègue en janvier 1864, je le continuai ; je tentai des attouchements à la teinture d'iode, et, les douleurs étant atroces, j'appliquai en vain l'iodoforme et la poudre d'opium brut ;

le mal faisant des progrès incessants, avait détruit la moitié gauche des lèvres supérieure et inférieure, avait attaqué les gencives et même le maxillaire supérieur, détruit le nez, parties molles et cartilage, et envahi la joue. Après avoir à plusieurs reprises interrogé en vain la malade au point de vue de la syphilis, en désespoir de cause, j'eus recours, vers la fin de mai 1864, à l'usage de l'iodure de potassium, à la dose de 50 centigrammes, puis 1 gramme; en quelques jours l'amélioration fut manifeste, l'ulcération cessa de s'étendre, et, dans le courant de juillet, la cicatrisation était complète; mais une rude épreuve, la dernière, j'espère, était réservée à cette pauvre malade; sa paupière supérieure du côté gauche n'existant plus, l'œil, qui restait constamment exposé à l'air, s'enflamma, puis s'ulcéra; il survint une ophthalmite des plus graves; une première ponction faite à l'œil fut insuffisante, et il fallut exciser la cornée pour vider l'œil; pendant tout ce temps la cicatrice resta parfaite; depuis sept mois tout traitement est suspendu, et il y a lieu d'espérer que le mal ne se reproduira pas.

(Il n'y a pas eu de récidive, en effet, depuis cette époque).

« Ici, l'embarras va croissant : en faveur de la scrofule, il y a la marche des manifestations, leur début d'emblée par des altérations profondes, l'opinion qui semble unanime des médecins expérimentés qui ont eu à la soigner, l'absence de manifestations syphilitiques antérieures avouées ou observées ; en faveur de la syphilis, il n'y a que des raisons fort incertaines : l'existence de la syphilis chez son mari, mais bien antérieurement au mariage, la possibilité de considérer comme manifestations secondaires la fièvre intermittente et l'éruption de taches pour lesquelles elle a été soignée par M. Bazin. Il est fort douteux que, si ces accidents eussent été syphilitiques, leur nature eût échappé à un médecin aussi sagace ; enfin, la raison la meilleure, qui serait suffisante pour beaucoup d'entre nous peut-être, c'est l'action rapide de l'iodure de potassium.

« Chose singulière, de ces deux maladies, la première paraît, à presque tous les médecins qui l'observent, atteinte d'accidents syphilitiques, et, chez elle, on débute par un traitement par l'iodure de potassium, auquel on est bientôt obligé de renoncer pour avoir recours au traitement dit antiscrofuleux ; la seconde est, au con-

traire, considérée comme une scrofuleuse, et soumise au traitement approprié, et c'est l'iodure de potassium, réputé antisyphilitique et employé en désespoir de cause, qui semble triompher definitivement d'accidents rebelles jusque-là; aussi, croyons-nous devoir conclure, avec un grand nombre de médecins, que, dans certains cas, le diagnostic différentiel de la scrofule et de la syphilis est impossible. »

En résumé, quoique souvent on manque de raisons suffisantes pour asseoir solidement un jugement, et bien qu'on ne puisse tirer un argument rigoureusement concluant des résultats obtenus par telle ou telle médication, puisqu'on voit des syphilis malignes aggravées par l'iodure de potassium ou résister à tous les traitements, récidiver avec une désespérante opiniâtreté dans les cas où l'on parvient à les amender, et se rapprocher considérablement de la scrofule par leur durée et leur ténacité; cependant, c'est au traitement spécifique que l'on doit toujours avoir recours dans les cas douteux. Si la médication iodurée réussit dans la scrofule, ordinairement pourtant il y a loin de la lenteur et de l'incertitude des résultats obtenus en pareil cas, à la promptitude et à la netteté de la guérison qui survient en général dans la syphilis. Et, ne serait-il pas important de « rechercher si les cas, encore assez nombreux de scrofules guéries par l'iodure de potassium, ne sont pas des cas ayant la syphilis constitutionnelle chez le père ou la mère pour antécédents héréditaires? » (Lailler, *loc. cit.*, p. 79.) Que si, même après la guérison, le doute persiste encore, le bénéfice procuré au malade par une thérapeutique rationnelle, consolera facilement de l'ennui d'une incertitude excusable.

Par ce que nous avons exposé succinctement dans cette étude comparative des affections ulcéreuses de la face, on comprend combien, pour arriver à un diagnostic exact, il faut de prudence et d'attention dans l'examen des malades. L'importance et la gravité du sujet réclamaient de plus amples développements, mais nous avons dû limiter ce travail.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MEDICALES

Anatomie et histologie normales. — Des articulations de la tête.

Physiologie. — De la sécrétion des larmes et des voies qu'elles parcourent pour arriver à l'extérieur.

Physique. — Hygrométrie. Effets de l'humidité de l'air; ses variations.

Chimie. — Des combinaisons de l'arsenic et de l'antimoine avec l'oxygène. Préparations et propriétés de ces combinaisons.

Histoire naturelle. — Caractères généraux des poissons. Leur classification ; des poissons électriques, des poissons toxicophores, des huiles de foie de poisson (morue, raie, squale, etc.), de l'ichthyocolle ou colle de poisson.

Pathologie externe. — Du traitement des luxations compliquées de fracture.

Pathologie interne. — Des pneumonies secondaires.

Pathologie générale. — De l'influence des âges dans les maladies.

Anatomie et histologie pathologiques. — Etude anatomique de la thrombose.

Médecine opératoire. — Du cathétérisme de la trompe d'Eustache.

Pharmacologie. — De l'éther employé pour la préparation des teintures éthérées. Comment prépare-t-on celles-ci? Quelles sont celles qui sont le plus employées? Quels sont les principes que l'éther enlève aux plantes?

Thérapeutique. — De la dose médicamenteuse suivant les âges et les diverses conditions individuelles.

Hygiène. — De la densité et de la raréfaction de l'air dans leurs effets sur l'organisme.

Médecine légale. — Quels sont les moyens à employer pour prendre l'empreinte des traces de pieds ou autres sur la boue, la neige, etc.?

Accouchements. — De la grossesse extra-utérine.

Vu, bon à imprimer,

VERNEUIL, Président.

Permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.

ainsi sur le sommet du mamelon, fait l'office d'une pierre tumulaire indiquant tombeau d'un navire.

J'ai trouvé sur ce bâtiment des traces d'incendie. Les canons que j'avais sauv tés sont du calibre de 12 et 18, mais tous encloués.

La configuration du haut fond, composé de blocs de boulets, de canons, l'amoi cellement et l'enchevêtrement des pièces de bois, les traces d'un grand incendie différents indices observés, portent à croire que ce navire serait plutôt un navire d guerre qu'un navire marchand, et que ce bâtiment incendié a sauté.

Épave n° 4. — La Barra.

Cette épave est sombrée S.-E. et N.-O. par un fond moyen de $5^{m},25$; el détermine un haut-fond de 2 mètres et elle se trouve située au S. 1/4 S.-E. du laza ret; la plus courte distance moyenne de l'épave à la terre est 570 mètres. L'orien tation magnétique de la ligne menée de l'épave au mât de signaux du lazaret est d 17° 35′ N.-O. L'épave n° 4 détermine avec la Régasenda et le mât de signaux d lazaret un angle de 115° 45.

Je n'ai pu reconnaître son cap.

La *Barra* détermine des hauts-fonds formés par des blocs oxydés qui, à me basse, ne sont recouverts que de $2^{m},50$ d'eau environ; l'épave repose sur un fon de vase. J'ai remarqué sur les hauts-fonds deux canons, dont l'un est couché, l'autre enterré jusqu'aux tourillons, la culasse hors des vases; cette culasse est enve loppée de coquilles, mollusques, etc. Une tranchée transversale m'a permis d reconnaître trois membrures en parfaite conservation, membrures dont les dimen sions sont de 1/3 moindres que celles des autres navires reconnus. Le degré d'enva sement de la *Barra* et de $4^{m},50$. La longueur de l'épave est de 25 mètres sur un largeur de 7 mètres environ. Son creux, de 1 mètre environ, se trouve rempli d galets siliceux et de vase.

Épave n° 5. — La Ligera.

Cette épave est sombrée près de terre et se trouve située au S.-S.-O. du lazaret La plus courte distance moyenne de l'épave à la terre est de 30 mètres. L'orien-tation magnétique de la ligne menée de l'épave au mât de signaux du lazaret est de 43° 20′ N.-E. L'épave n° 5 détermine avec la Régasenda et le mât de signaux du lazaret un angle de 131° 20′. L'orientation de la *Ligera* est S.-S. E. et N.-N. O. Son cap est au N.-N. O. Sombrée par une hauteur moyenne d'eau de $4^{m},25$, elle déter-mine un haut-fond de 1 mètre.

J'ai visité ce navire à mer haute par 6 mètres d'eau et en ai fait prendre un dessin par M. Durand Brager.